81

22500450838

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

B. M. L.

# REVUE

DES

# SCIENCES MÉDICALES

## EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

# REVUE

DES

# SCIENCES MÉDICALES

## EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

**GEORGES HAYEM**

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Dr P. BERGER
Professeur à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine.

Dr A. CARTAZ
Secrétaire
de la rédaction.

Dr H. RENDU
Agrégé de la Faculté de Médecine
Médecin des hôpitaux.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSAKY, BALZER, BARBE, BARTH, J. BEX, BRINON (DE), BROCA, CAMPENON, CART, CAULET, CHAUFFARD, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, DELBET, DESCOURTIS, DREYFUS-BRISAC, DUFLOCQ, MATHIAS DUVAL, FAUCONNIER, FREDERICQ, FRENKEL, GALLIARD, GALLOIS, GARNIER, GILBERT, GIRAUDEAU, GRANCHER, GUINON, HACHE, HANOT, HENNEGUY, HOLMAN, HOLSTEIN, R. JAMIN, E. JAVAL, JULLIEN, KUHF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, DE LAPERSONNE, LEFLAIVE, LELOIR, H. LEROUX, LION, LUBET-BARBON, LUC, LYON, MATHIEU, MAUBRAC, MERKLEN, MOSSÉ, NICOLAS, ŒTTINGER, OZENNE, PARISOT, CH. PÉRIER, L.-H. PETIT, PORAK, PRENANT, REBLAUB, REMY, J. RENAUT, RETTERER, RICHARDIÈRE, RICHELOT, RICKLIN, ROHMER, SANTI (DE), SCHWARTZ, SÉNAC-LAGRANGE, SIREDEY, F. TERRIER, THIBIERGE, TISSIER, WALTHER, WINTER.

VINGT-TROISIÈME ANNÉE

TOME XLV

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1895

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

| Coll. | WelMOmec |
| --- | --- |
| Coll. No. | |
| | |
| | |
| | |
| | |

# SOMMAIRE DU N° 1

TOME XLV

## ANATOMIE.

Système nerveux, *Koelliker*, 1 ; *Luys*, 2; *Debierre*, *Bale*, *Lœwenthal*, *Schaffer*, 3. — Crâne, *Trolard*, 4 ; *Romiti*, *Jacoby*, 5; *Jeschke*, *Hollander*, 6. — Orbite, *Peschel*, 6. — Canal de Schlemm, *Gutmann;* fovea centralis, *Bird*, *Schaefer;* nerfs de la conjonctive, *Dogiel*, 7. — Nerfs du palais, *Bethe*, 8. — Oreille, *Beauregard*, 9. — Sphères directrices, *Guignard*, 10. — Placenta, *Duval;* urètre, *Testut*, 11. — Technique, *Retterer*, 12.

## PHYSIOLOGIE.

Excitation des nerfs, *Gruetzner*, *Howell*, *Budgett*, *Leonard*, 12; *Howell*, *Locke*, 13. — Sympathique, *Langley*, *Anderson*, *Steil*, *Langendorff*, 14. — Nerfs, *Levene*, *Baylin*, *Starling*, *Vanlair*, 15. — Moelle, *Grunbaum*, 16. — Sang et circulation, *Zuntz*, *Bayliss*, *Starling*, *Barlow*, 17 ; *Bradford*, *Déan*, 18. — Respiration, *Tangl*, *Zuntz*, 18; *Porter*, 19. — Muscles, *Harley*, 19; *Burch*, *Hill*, *Seegen*, 20; *Metzner*, 21. — Température, *Dessoir;* vernissage, *Senator*, *Lévy-Dorn*, 21. — Epithéliome, *Reid*, *Weinland;* sécrétion de la lymphe, *Starling*, 22; *Tubby*, *Southgate;* absorption vésicale, *Boyer*, *Guinard*, 23. — Leucocytose, *Tschistowitsch ;* salive, *Bayliss*, *Hill*, 24. — Digestion, *Greenwood*, *Saunders*, *Bohlew*, 25. — Mérycisme, *Singer;* mémoire, *Schneider*, 26. — Mouvements des yeux, *Russell*, *Sherrington ;* mouvements de la mâchoire, *Marey*, 27. — Rigidité cadavérique, *Tissot*, 28.

## CHIMIE MÉDICALE.

Nutrition dans la phtisie, *Robin*, 28. — Chimisme stomacal, *Cathelineau;* absorption du fer, *Macallum*, 29. — Ptyaline, *Warren;* hémoglobine, *Huefner;* chimie du muscle, *Whitfield*, 30. — Corps vitré, *Pautz;* tissu conjonctif, *Young*, 31. — Urée du foie, *Richet*; urobiline, *Ajello;* acide urique, *Voit*, 32. — Albumine, *Hewlett*, *Chittenden*, *Mendel*, 33; *Halliburton*, *Brodie*, *Buelow*, 34.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Cancer, *Niessen*, *Ribbert*, *Castueil*, 35 ; *Moty*, *Le Dentu*, *Adler*, *Morau*, 36; *Boinet*, 37. — Dégénérescences médullaires, *Tooth*, 37; *Gombault*, *Philippe;* lésions du cervelet, *Russell*, *Campbell*, 38. — Anencéphalie, *Gade*, 39. — Myélite, *Marie;* choléra, *Touvime;* pneumonies, *Ribbert*, 40; *Aldinger*, 41. — Rupture de l'œsophage, *Wolff*, *Patek*, 41. — Gastrite, *Hayem;* néphrite cholérique, *Rumpf*, *Fraenkel*, 42; néphrite tuberculeuse, *Plesner*, 43. — Poisons du sang, *Pilliet;* chlorome, *Lang*, 43. — Spirales, *Ruge;* artérite, *Crocq;* tumeurs du cœur, *Hektoen;* leucocytose, *Goldscheider*, *Jacob*, 44. — Mammite, *Sabrazès*, *Binaud;* tuberculose articulaire, *Pilliet*, 45.

## PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Lésions trophiques, *Gaule*, 46. — Nanisme, *de Varigny;* thyroïdectomie, *Bottazzi*, *Smith*, 48. — Ablation du foie, *Meister*, 48. — Action de l'urée, *Chiaruttini*, 49. — Greffe des uretères, *Schwartz ;* péritonite, *Stchegoleff*, *Tavel*, *Lanz*, 50. — Infection des plaies, *Schimmelbusch;* toxines, *Chatenay*, 51. — Fixation des substances dissoutes, *Charrin*, *Carnot*, 52. — Immunité, *Buthner*, 53; *Metchnikoff*, 54. — Microbes du pus, *Lubinski*, 54; *Nannotti*, 55. — Bacilles de la bouche, *Widal*, *Bezancon;* bactéries sulfurées, *Balistreri*, 55. — Diphtérie, *Comba*, *Martin*, *Loir*, *Ducloux*, 56; *Gabritschewsky*, *Kuprianow*, *Wright*, *Emerson*, 57; *Bulloch*, *Schmorl*, *Behring*, *Abel*, 58; *Lœffler*, *Klein*, 59. — Tuberculose, *Pansini*, *Klein*, 60; *Kotliar*, 61. — Grippe, *Kruse*, 61. — Vaccine, *Copeman;* choléra, *Bordoni*, *Abba*, 62; *Kolle*, *Zenthœfer*, *Pfeiffer*, *Voges*, 63; *Cantacuzène*, 64; *Macral*, *Wiltschur*, 65; *Metchnikoff*, 66. — Dysenterie, *Bertrand*, *Boucher*, *Arnaud;* typhoïde,

*Sultan;* tétanos, *Gunsprecht*, 67; *Huebner*, *Tizzoni*, *Cattani*, *Bisserio*, 68. — Malléine, *Bonome;* botrytis, *Auché*, *Le Dentu*, 69. — Actinomycose, *Wolff;* muguet, *Grasset;* staphylocoques, *Salvioli*, 70. — Scarlatine, *Böhm;* bacille pyocyanique, *Jakowski*, *Kossel*, 71. — Peste, *Yersin*, *Kitasato*, 72. — Abcès du bassin, *Doléris*, *Bourges*, 73.

## PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Lymphagogues, *Starling*, 73. — Gymnema, *Suchanneck*, *Rabow;* quinine, *Noorden*, *Zuntz;* lorétine, *Claus*, 74. — Aulnée, *Mendelsohn;* atropine, *Dehio;* lactophénine, *Strauss*, *Jaquet*, 75. — Thioforme, *Stener*, iodoforme, *Stchégoleff*, 76. — Créosote, *Kington;* sulfonal et trional, *Schaumann*, *Goldmann*, *Morro*, 77. — Gaiacol, *Védel;* extrait de capsule surrénales, *Olivier*, *Schäfer*, 78. — Extrait de sangsue, *Sahli;* poisons des flèches, *Lewin*, 79. — Poisons, *Verhoogen*, 80.

## THÉRAPEUTIQUE.

Traités, *Hayem*, 81; *Lyon*, 82. — Diphtérie, *Roux*, *Martin*, *Chaillou*, 82; *Roux*, 85; *Heubner*, *Aronson*, *Katz*, *Smirnow*, *Klemperer*, *Behring*, 86; *Baginsky*, *White*, *Fowler*, *King*, *Morgan*, *Still*, 90; *Klebs*, *Behring*, *Boer*, *Schubert*, *Woswinckel*, *Canon*, 91; *Behring*, *Huebner*, *Charon*, *White*, 93; *Buchner*, *Ranke*, *Seitz*, *Emmerich*, *Oppenheimer*, 94; *Kossel*, *Koerte*, *Bœrger*, *Kœnigsberg*, *Cnyrim*, *Lubinski*, 95; *Moizard*, *Perregaux*, *Gottlieb*, 97; *Lœffler*, *Seidler*, *Draer*, 98; *Pillière*, *Catrin*, *Weigben*, 99; *White*, 100. — Coqueluche, *Carpentier;* gaiacol et tuberculose, *Bosc;* tuberculine, *Schiess*, *Kartulis*, *Huguenin*, 100. — Pneumothorax, *Maigret;* diabète, *James*, 101. — Goitre, *Voisin*, *Garré*, 102. — Dyspepsies, *Mathieu;* ascite, *Rendu;* anémie pernicieuse, *Danforth*, 103. — Paludisme, *Kohos*, *Cousin;* maladies du foie, *Galliard*, 104. — Néphrites, *Molliére;* diabète, *Bohland;* malakine, *Montagnon;* toxine d'érysipèle dans le cancer, *Coley*, 105. — Tétanos, *Tavel;* tabes, *Rosenbaum*.

## HYGIÈNE.

Conseil de France, 107. — Hygiène des écoles, *Mangenot*, *Hakonson-Hansen*, *Krug*, *Meyrich*, *Pawel*, 111. — Vaccination, *Wutzdorff*, *Leoni*, *Copeman*, 113. — Atmosphère, *Lehmann*, *Rauer*, 114; *Bujwid*, *Wolpert*, 115. — Substances alimentaires, *Prausnitz*, *Mennicante*, 116; *Kayser*, *Mansfeld*, *Medicus*, *Hinze*, 117; *Niemann*, *Springfeld*, *Niebel*, *Brautigam*, *Edelmann*, *Polenske*, 118. — Lait, *Alessi*, *Arata*, *Garnier*, *Flugge*, *Huebner*, 121. — Bière, *Gannler*, 123. — Viandes, *Polanski*, *Rogner*, 124. — Désinfection, *Kornstaedt*, *Boretius*, *Weyl*, 125, *Reynes*, *Bouisson*, *Denayer*, *Trétrop*, *Lambotte*, 128. — Poussières des vagons, *Petri*, *Nussbaum*, 129. — Explosions, *Lach*, *Lehmann*, 130. — Ouvriers verriers, *Johnson;* bains, *Schultze*, *Wolff*, *du Mesnil*, *Edel*, 131. — Saprol, *Keiler*, *Scheurlen*, *Niemann*, *Noerdlinger*, 133. — Sardine, *Saint-Sévrin;* rage, *Stube*, *Beaumetz;* alcoolisme, *Snell*, *Schmitz*, *Smith*, *Ladame*, 132.

## PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Clinique, *Charcot*, 133. — Maladies du système nerveux, *Brainerd*, *Prautois*, *Etienne*, *Tollemer*, *Grawitz*, 136; *Bianchi*, 147; *Letulle*, *Patricopoulo*, *Moin-El-Asetra*, *Pitres*, 138; *Liebman*, *Marinesco*, 129; *Batten*, *Feinberg*, *Raynaud*, 140. — Maladies de l'appareil circulatoire : *Smith*, *Lancereaux*, *Blind*, *Gow*, 141; *Bonardi*, 142. — Lésions pulmonaires : *Conti*, 142; *Galliard*, *Mesnil*, 143. — Goitre, *Pel*, 143. — Diphtérie, *Parke*, *Beebe*, 144; *Billings*, *Adam*, *Martin*, 145; *Abel*, 146. — Lésions de l'appareil digestif, *Bogdan*, *Levi*, *Barbier*, 147; *Babes*, *Zigura*, *Schultz*, 148; *Fleiner*, 149; *Lichtheim*, *Minnich*, 150; *Holzmann*, *Kruse*, *Pasquale*, 151. — Néphrites, *Shattuck*, *Oswald*, *Reckmann*, 152; *Wunschheim*, 153. — Goitre, *Strubing*, *Peyron*, *Noir*, *Marie*, 153. — Chlorose, *Kockel*, *Oswald;* dysenterie, *Salus*, 154. — Béribéri, *Nepveu*, *Scheube;* scarlatine, *Caiger*, 155. — Actinomycose, *Koch;* cancer, *Guelliot*, *Bauby*, 156. — Péritonite, *Herringham;* paralysie, *Saccara*, 157.

## GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Prurit vulvaire, *Schultze ;* métrite, *Noll ;* ovarite, *Pozzi*, 158. — Cloisonnement du vagin, *Verchère*, *Heydenreich*, *Werder*, 159. — Prolapsus et déviations, *Chaput*, *Guillion*, *Bellicand*, *Prieur*, *Lecompte*, *Zolotwitsky*, 160 ; *Jacobs*, 161 ; *Vanderhagen*, *Laroyenne*, *Jacobs*, 162 ; *Condamin*, *Pichevin*, 163. — Hystérectomie, *Baudron*, 163 ; *Richelot*, 164 ; *Segond*, *Condamin ;* kystes de l'ovaire, *Masson*, 165. — Kystes hydatiques, *Dermigny ;* fibromes utérins, *Burrage*, 166 ; *Zweifel*, *Rydygier*, *Kehnrer*, 167 ; *Goelet*, 168. — Cancer, *Jeannel*, *Condamin*, 168. — Ostéomalacie, *Pozzi ;* emphysème des accouchées, *Roch ;* puerpéralité, *Prioleau*, 169 ; *Sippel*, 170. — Forceps, *Budin ;* rétrécissements du bassin, *Muret*, *de Fresne*, 170. — Version *Dubrisay ;* dystocie, *Chaleix ;* placenta prœvia, *Payeran*, *Weiss*, 172. — Hydramnios, *Jaggard ;* rupture utérine, *Dohrn*, 173. — Eclampsie, *Tibone*, *Clément*, 174. — Opération césarienne, *Bar*, *Calderini ;* symphyséotomie, *Grandin*, 175 ; *Fritsch*, 176. — Grossesse extra-utérine, *Orrillard*, 176.

## MALADIES DES ENFANTS.

Vaccine, *Friedmann ;* entérite, *Thiercelin*, 177 ; *Czerny*, *Moser*, 178. — Indicanurie, *Gehlig ;* réaction diazoïque, *Niessen*, 178. — Infection amniotique, *Demelin*, *Létienne ;* melæna, *Romme ;* cirrhose du foie, *Neumann*, 179. — Abcès du foie, *Legrand ;* grippe, *Lévêque ;* diplégie, *Brissaud*, *Marie*, 180. — Névrite, *Mackey ;* chorée, *Dana*, 181. — Cœur, *Strassmann*, *Sengeusse ;* varicelle, *Talamon*, 182. — Torticolis, *Power ;* ostéogenèse, *Porak*, *Durante*, 183. — Ostéomyélite, *Aldibert*, 184. — Abcès, *Hallopeau ;* cancer du rein, *Cohn*, 185.

## DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Erythème, *Le Gendre*, *Galliard*, *Barbe*, 186. — Dermatite, *Oro ;* eczéma, *Ravogli*, *Perrin*, *Aslanian*, 187. — Impetigo, *Dauber ;* xérodermie, *de Amicis*, 188. — Lupus, *Batut ;* atrophie cutanée, *Zinsser ;* psorospermose, *Ravogli*, 189. — Mycosis, *Fox*, *Taylor*, *Sabrazès*, 190. — Lupus, *Audry ;* lèpre, *Ehrlers*, *Reisner*, 191. — Actinomycose, *Staub ;* lichen, *Audry ;* hydroa, *Brocq*, 192. — Psoriasis, *Crary*, 192. — Tumeurs de la peau, *Jarish*, 193. — Epithélioma, *Piccoli ;* acné, *Hodara ;* pellagre, *Tirelli*, *Pellizi*, 194. — Teigne, *Hodara*, *du Castel*, 126. — Epilation, *Hayer*, *Roberts*, *Sabouraud*, 195 ; *Mibelli*, *Bergonié ;* kératose, *Heuss*. — Syphilis. *Hallopeau*, 197 ; *Massalongo*, *Gémy*, *Charnaux*, 198 ; *Elsenberg*, *Brousse*, *Albarran*, 199 ; *Claessen*, *Baccelli*, *Jullien*, *Thibierge*, *Augagneur*, 200 ; *Boix*, *Mendel*, 201. — Blennorragie, *Moncorvo*, *Balzer*, *Lacour*, *Bordoni*, 202.

## ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Art chez les aliénés, *Angelucci*, *Pieraccini ;* folie urémique, *Cullerre ;* confusion mentale, *Hannion*, 203. — Torticolis, *Bompaire ;* mélancolie, *Dumas ;* folie diathésique, *Crocq*, 204. — Réflexes, *Ziehen ;* faculté musicale, *Ireland*, *Legge*, 205. — Paralysie générale, *Klippel*, *Azoulay ;* chloralose, *du Montyel*, *L'Hocat*, 206. — Narcotiques, *Evensen ;* ovariotomie, *Gorton*, 207. — Epilepsie, *Todorski*, *Samaris*, 208 ; *Koeher*, *Cortot*, 209. — Idiotie, *Piper*, *Voisin*, *Petit*, *Beck*, 210. — Myxœdème, *Groen*, 211.

## PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Anesthésie, *Chalot*, *Wood*, 211 ; *Schleich*, *Koehler*, 212. — Lésions du crâne et du rachis, *Masson*, *Pel*, 212 ; *Durand*, *Goldscheider*, 213 ; *Rivet*, 214 ; *Thorburn*, *Vincent*, *Gross*, 215 ; *Chipault*, *Péan*, *Fontan*, *Sieur*, *Ménard*, 216 ; *Broca*, *Casse*, *Romme*, 217. — Lésions des nerfs, *Keen*, 217 ; *Dallas-Pratt*, *Stewart*, *Ramakers*, *Vincent*, *Quénu*, 218. — Perforation d'artères, *Lebon ;* goitre, *Roux*, 219 ; *Booth*, 220. — Lésions de l'appareil digestif : *Chaput*, *Michaux*, 220 ; *Maurice*, *Gilford*, *Bennett*, *Swain*, 221 ; *Dean*, 222 ; *Montaz*, *Kraske*, *Kappeler*, 223 ; *Hahn*, 225 ; *Kehr*, 226 ; *Fontan*, *Jones*, *Thiercelin*, *Jayle*, *Kœrte*, 227 ; *Nicaise*, *Abel*, *Neumann*, 228 ; *Blaise*, *Chaput*, 229

*Girard*, *Morton*, 230; *Championnière*, *Sonnenburg*, 231; *Richardson*, *Israël*, 233; *Murphy*, *Magill*, 235; *Berry*, *Vautrin*, *Hartmann*, *Morax*, 236; *Lane*, *Ziegler*, *Subbotin*, 237; *Allen*, *Delagenière*, 238; *Campenon*, *Froelisch*, 239. — Maladies des voies urinaires, *Hahn*, *Kidd*, 239; *Peyrot*, *Tuffier*, *Marchant*, *Reverdin*, *du Pasquier*, 240; *Wecks*, *Verhoogen*, 241; *Pousson*, *M'Guire*, *Catrou*, *Pépin*, 242; *Armand*, *Sieur*, *Michels*, *Parker*, *Purcell*, *Lane*, 243; *Albarran*, 244; *Luescher*, *Meyer*, *Haenel*, *Moullin*, 245; *Belfield*, *Daunic*, 246; *Martin*, *Chalot*, *Albarran*, *de la Calle*, *Loumeau*, 247; *Lauwers*, 248.— Maladies ostéo-articulaires, *Bloch*, *Garré*, 249; *Thiriar*, 249; *Pierson*, *Marchant*, *Lenoir*, *Berthier*, 250; *Wolff*, *Barth*, *Mondau*, 251; *Lejars*, *Lardy*, *Phocas*, *Walsham*, 252; *Bruns*, 253; *de Rouville*, *Dannet*, 254; *Le Dentu*, 255. — Cheiloplastie, *Berger*, 255. — Epithéliomas, *Chibret*, *Nové-Josserand*, *Bérard*; kystes du médiastin, *Dardignac*, 256. — Péritonite, *Newton*; cancer de la langue, *Lagoutte*; gangrène, *Quénu*, 257. — Orchite, *Oberlin*; tumeurs du cerveau, *Mc Cosh*, 258; *Rémond*, *Bauby*, 259. — Névralgie, *Eskridge*, *Baker*, 259. — Cathétérisme des artères, *Severeanu*; chirurgie des voies digestives, *Doyen*, 260; *Landerer*, *Pantaloni*, *Lepetit*, 261; *Gersuny*, *Elliot*, *Thiriar*, *Koerte*, 262; *Page*, *Comte*, 263; *Alexandroff*, *Franks*, *Binaud*, 264. — Cancer mammaire, *Durand*, *Bayet*, *Depage*, *Bagourd*; abcès du thorax, *Souligoux*, 265. — Gangrène, *Godlee*; goitre, *Bruns*; orthopédie, *Phocas*, 266. — Tuberculose chirurgicale, *Bauby*; suture osseuse, *Caselli*, 267. — Luxation de la hanche, *Paci*, 268. — Résection du poignet, *Villar*; orteil en valgus, *Ullmann*; lipome tendineux, *Kummer*; pied bot, *Prioleau*, 269. — Ostéomyélite, *Karewski*; abcès périnéaux, *Chauvenet*, 270. — Prostatotomie, *Lagoutte*; kystes péputiaux, *Dardignac*, 271. — Tumeurs de l'urètre, *Neuberger*, 272. — Varicocèle, *Paci*; torsion du cordon, *Nash*, 273.

## OPHTALMOLOGIE.

Accommodation, *Tscherning*; centre visuel, *Mann*, *Guilloz*, 274. — Myopie, *Thier*; emmétropie, *Pickert*; dacryocystite, *Baas*, 275; *Chrestien*, 277. — Chalazion, *Landwehr*, 276. — Ténonite, *Daillet*; lésions des paupières, *Javay*, 277; *Guyard*, 278. — Strabisme, *Landolt*; cyclophorie, *Price*, 278.— Diplopie, *Bull*; œil et paludisme, *Benson*; œil et érythème, *Beaudonnet*, 279. — Lésions de la conjonctive, *Cuénod*, *Uhthoff*, *Brun*, 280. — Lésions de la cornée, *Jaulin*, *Mules*, *Snellen*, 281. — Rétinites, *Gunn*, *Noyes*, *Dufour*, *Dimmer*, 282. — Glaucome, *Limbourg*, *Levy*, *Smith*, *Walker*; paralysie oculaire, *Panas*, 283. — Corps étrangers, *Hirschberg*, *Leber*, *Pflueger*; kyste orbitaire, *de Lapersonne*, 284. — Injections sous-conjonctivales, *Darier*, 285.

## MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Sarcome du palais, *Johnson*, 285. — Amygdalite, *Menacho*, *Ingals*; tumeurs adénoïdes, *Lermoyez*, 286. — Tumeurs du pharynx, *Mermet*, *Montaz*; angine, *Goubeau*, *Hulot*; rhinite, *Cimmino*; obstruction du nez, *Kjelman*, 287. — Ozène, *Saenger*; épistaxis, *Baumgarten*, *Getchell*, 288. — Papillome nasal, *Wright*; tumeurs du nez, *Guder*; déviation de la cloison, *Botey*; polypes, *Schaedwaldt*, 289. — Empyème du sinus maxillaire, *Spicer*, *Capdepont*, *Ferreri*, 290. — Tumeur du sinus, *Fink*; ethmoïdite, *Bosworth*; occlusion nasale, *Beausoleil*, 291.— Polype, *Casselberry*; catarrhe, *Valentin*, 292. — Phlegmon sus-hyoïdien, *Huguet*, *de Bonis*; paralysies laryngées, *Permewan*, *Boulay*, *Mendel*, 293. — Périchondrite, *Sota y Lastra*; syphilis du larynx, *Gerber*; tubage, *Ferroud*, 294; *Galatti*, 295. — Maladies des oreilles, *Nager*, *Kossel*, 295; *Blaxall*, *Broca*, *Kuhn*, 296.

## REVUE GÉNÉRALE.

Le chimisme stomacal, *Hayem*, 297.

## RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 316.

# REVUE

DES

# SCIENCES MÉDICALES

## EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.


---

## ANATOMIE.

---

**Ueber die feinere Anatomie und die physiologische Bedeutung des sympatischen Nervensystems** (*66 Versamml. deutsch. Naturf. u. Aerzte in Wien, 28 sept. 1894*) **par A. von KÖLLIKER** (*Wiener klin. Woch., nos 40 et 41, 1894*).

La communication de l'anatomiste de Würzburg présente un très grand intérêt, non seulement parce que nous y trouvons résumé l'état actuel de nos connaissances sur la structure fine du système nerveux sympathique, mais encore parce que la tendance de faire la synthèse des données anatomiques et physiologiques y est représentée. Nos connaissances relatives à la structure fine de la cellule nerveuse sympathique ont été notablement élargies ou modifiées dans les dernières années. Ainsi, la cellule sympathique des Batraciens, caractérisée, comme on le sait, par la présence d'un prolongement droit et d'un prolongement contourné en spirale, est envisagée maintenant, néanmoins, comme une cellule *unipolaire;* seul le prolongement droit naîtrait dans la cellule, le prolongement spiral, au contraire, ne ferait qu'envelopper la cellule sympathique d'un treillis terminal de fibrilles nerveuses, représentant la terminaison péricellulaire d'une fibre nerveuse ayant son origine ailleurs, dans une autre station centrale. L'impulsion centrifuge partant d'un centre pourrait de cette façon influencer la cellule nerveuse sympathique qui transmettrait à son tour l'irritation à la fibre droite qui s'en détache et fournit l'innervation à des cellules musculaires lisses. Chez les mammifères, la cellule sympathique a, comme on le sait, une structure différente; grâce aux recherches récentes on a pu y reconnaître, comme dans les cellules du système nerveux cérébro-spinal, deux ordres de prolongements: protoplasmatiques et nerveux; les premiers ramenant probablement les impressions vers la cellule, les seconds transmettant dans une direction centrifuge par

rapport à la cellule envisagée comme centre. Quant aux fibres du système nerveux sympathique, elles naissent pour une large part dans les cellules sympathiques et sont entourées d'une gaine de myéline, mais il y a aussi des fibres amédullaires. D'autres ne font que traverser le système sympathique, se rendant des viscères vers l'axe cérébro-spinal, ou partant de celui-ci pour se terminer dans le système nerveux sympathique. Les premières sont de nature sensitive ; elles transmettent au système cérébro-spinal les sensations plus ou moins vagues ou inconscientes dont le siège réside dans les viscères ; elles peuvent se terminer dans des corpuscules nerveux spéciaux, par exemple les corpuscules de Pacini dans le mésentère du chat. Les secondes transmettent des impulsions motrices partant de l'axe cérébro-rachidien aux ganglions du nerf sympathique ; les arborisations terminales de ces fibres n'affectent que des rapports de contiguïté avec les cellules sympathiques ; aucun fait ne plaide jusqu'à présent en faveur de l'existence des connexions directes, non interrompues entre l'axe encéphalo-rachidien et le système musculaire lisse ; ainsi les fibres du moteur oculaire commun subiraient une interruption dans le ganglion ophtalmique qui serait de nature sympathique ; de même les fibres d'origine cérébro-spinale qui président aux contractions des muscles érecteurs des poils chez le chat subissent une interruption dans les ganglions de la chaîne du nerf grand sympathique. Les fibres motrices émanant des cellules sympathiques aboutissent tantôt directement aux muscles lisses ; c'est ce qui a lieu, par exemple, pour les fibres émanant des ganglions sympathiques situés dans les viscères ou dans leur voisinage immédiat (ganglions dans les tuniques de l'intestin, dans le poumon, ganglion sous-maxillaire, etc.) ; tantôt elles se terminent dans d'autres ganglions sympathiques plus ou moins éloignés, auxquels ils transmettent l'impulsion motrice. Le système nerveux sympathique peut-il être le siège d'actes réflexes propres ? Cela est probable, mais pas prouvé d'une façon irréfutable. Telle est, en résumé, l'idée dominante de la communication de v. Kölliker, très condensée, contenant une foule de considérations, tant anatomiques que physiologiques, sur l'innervation du cœur, des vaisseaux sanguins, du tissu érectile et des glandes. N. LŒWENTHAL.

**Description d'un faisceau de fibres cérébrales descendantes, allant se perdre dans les corps olivaires (faisceau cérébro-olivaire), par LUYS** (*C. R. Acad. des Sciences, 1er octobre 1894*).

Parmi les faisceaux blancs qui descendent de l'écorce cérébrale, il en est un qui passe en arrière de la substance grise de la protubérance, gagne le corps olivaire et s'y termine. Les olives bulbaires sont donc reliées à l'écorce ; bien plus, le volume de ces corps olivaires est, dans la série des mammifères, proportionnel non à la masse de la moelle épinière, mais à celle des hémisphères cérébraux. Chez le bœuf et le cheval, les corps olivaires se présentent sous forme de linéaments rudimentaires, ce qui prouve que leurs éléments anatomiques ne sont pas liés à ceux de la moelle. Chez l'homme, les corps olivaires sont au maximum de développement et proportionnels à la masse cérébrale. M. DUVAL.

**Essai sur la morphologie comparée des circonvolutions cérébrales de quelques carnassiers, par Ch. DEBIERRE et E. BALE** (*Journal de l'anat. et de la physiol., décembre 1893*).

Nous ne saurions résumer les détails descriptifs de ce mémoire, accompagné de nombreuses figures, et dont les conclusions générales sont que l'animal intelligent a un cerveau plus développé que celui de même taille qui ne l'est pas; que des animaux de même espèce et de même poids ont des sillons mieux marqués, plus profonds, s'ils travaillent pour vivre, que s'ils sont domestiqués, etc. Mais au cours de cette étude se trouve relaté un cas particulier, sur l'intérêt duquel nous devons attirer l'attention, en signalant les déductions qu'en tirent les auteurs, avec, peut-être, une généralisation un peu hâtive. Il s'agit de deux griffons l'un normal, l'autre atteint de bec-de-lièvre. Celui-ci, quoique d'un poids plus élevé que le premier, avait un cerveau plus simple, des circonvolutions moins flexueuses, un lobe frontal plus petit, malgré son poids supérieur à celui de son frère normal. En un mot, cet arrêt de développement, qui s'est traduit par un bec-de-lièvre, a eu son retentissement sur le cerveau. Quant aux conclusions morphologiques générales de cette étude, elles sont les suivantes : les carnassiers forment deux grands groupes : 1° un groupe à trois pariétales (belette, loutre, putois); 2° un groupe à quatre pariétales (chien, félidés, loup, phoque). D'autre part les félins (lion, chat) se distinguent par l'interruption des sillons qui séparent les pariétales, si bien que celles-ci s'anastomosent plus ou moins largement entre elles.

M. DUVAL.

**Contribution à l'étude du lobe olfactif des reptiles, par N. LÖWENTHAL** (*Journal de l'anat. et de la physiol., mai 1894*).

Ou trouve dans le lobe olfactif des reptiles le même plan fondamental de connexions, telles qu'elles sont connues chez les mammifères, entre les fibres du nerf olfactif d'une part, et les cellules du lobe olfactif d'autre part. Les reptiles présentent des glomérules olfactifs constitués d'une manière très analogue à ceux des mammifères. Quant à la morphologie générale des cellules nerveuses, ces recherches viennent montrer une fois de plus qu'il est impossible de contester aux prolongements dits protoplasmatiques une fonction nerveuse, comme le voulait Golgi. Il est en effet incontestable que ce sont bien les prolongements protoplasmatiques des cellules du lobe olfactif qui se mettent en rapport de contiguïté, par leurs arborisations, avec les ramifications fournies par les filaments du nerf olfactif; les prolongements cylindraxiles se dirigent dans la direction opposée; par conséquent la transmission nerveuse doit avoir lieu par l'intermédiaire des prolongements protoplasmatiques.

M. DUVAL.

**Beiträge zur Kenntniss des Stützgerüstes im menschlichen Rückenmarke (De la charpente de soutien dans la moelle humaine), par J. SCHAFFER** (*Arch. f. mik. Anat., XLIV, 1, p. 26*).

L'auteur indique une méthode qui permet de différencier d'une façon

précise le tissu conjonctif et la névroglie. Il colore les coupes d'abord par l'hématoxyline acétique (méthode de Kultschitzky modifiée) puis par une solution aqueuse faible d'éosine (pendant très longtemps, jusqu'à trois semaines). Dans ces conditions le tissu conjonctif devient brun et la névroglie rose.

La névroglie forme à la surface de la moelle une couche corticale complètement distincte de l'enveloppe piale. Celle-ci, outre la duplicature qu'elle envoie dans le sillon ventral et les gaines qu'elle fournit aux vaisseaux émet çà et là, à la périphérie de la moelle, de petits tractus qui s'enfoncent dans la substance blanche, accompagnés d'une écorce névroglique, et s'y perdent après un court trajet.

Le septum médian dorsal, que certains auteurs considèrent actuellement comme exclusivement névroglique, et le sillon longitudinal postérieur se présentent sous des aspects et avec des caractères différents selon la région considérée. Dans les régions cervicale et dorsale le septum dorsal est exclusivement névroglique, là où il ne renferme pas de vaisseaux il n'est guère plus developpé que les autres cloisons névrogliques. Dans la région cervicale il existe un sillon médian dorsal plus ou moins accusé tandis qu'il n'y en a aucune trace au niveau de la moelle dorsale.

Dans les régions lombaire et sacrée on observe toujours un sillon bien développé dont les lèvres sont revêtues d'une couche de névroglie, mais de plus une fine lamelle piale s'enfonce dans son intérieur et le pénètre à peu près du tiers de sa longueur totale. Il existe donc réellement dans ces régions de la moelle un septum dorsal conjonctif et un sillon longitudinal dorsal, qui n'atteignent cependant, ni l'un ni l'autre, la substance grise.

La couche corticale névroglique présente une épaisseur variable suivant les sujets et suivant les régions. Elle semble formée exclusivement de fines fibrilles rigides sans trace de corps cellulaires. Ces fibrilles sont orientées suivant des directions différentes, circulaire, radiaire et longitudinale. Les fibrilles radiaires ne manquent jamais ; on les retrouve également autour des vaisseaux qui s'insinuent dans la substance blanche.

Relativement à la structure de la névroglie adulte, l'auteur accepte l'opinion de Gierke qui prétend que les fibrilles se séparent plus ou moins et deviennent enfin indépendantes des cellules originelles qui leur ont donné naissance, cela par une sorte de cuticularisation. Il ne nie pas cependant qu'il puisse exister, dans la moelle adulte, de vraies cellules névrogliques ramifiées.

Schaffer signale, pour terminer, l'existence de faisceaux névrogliques dans l'épaisseur des racines médullaires qu'ils accompagnent sur une certaine longueur. Diverses raisons lui permettent de considérer ce fait comme normal.

A. NICOLAS.

**Topographie encéphalo-cranienne, par TROLARD** (*Journ. de l'anat. et de la physiol., juillet 1894*).

Il s'agit d'indications précises sur les rapports de l'encéphale avec la base du crâne, rapports à propos desquels l'auteur précise plusieurs points négligés par les classiques ; il traite ainsi successivement du bulbe olfactif et des circonvolutions fronto-orbitaires, du chiasma optique (l'auteur démontre qu'il est situé beaucoup plus en arrière qu'on ne le croit), des

trajets intra-craniens de divers nerfs (notamment le moteur oculaire externe), des rapports du vermis cérébelleux, etc. Ces indications topographiques, déjà très concises, ne sauraient être résumées ; ce travail sera consulté avec fruit par les anatomistes. M. DUVAL.

**Sopra la incompiutezza dell' arco zigomatico in un cranio umano notevole per altre varietà, par G. ROMITI** (*Atti della Soc. Toscana di Scienze naturali. Mem., XIV, 1894*).

Les cas d'imperfection de l'arc zygomatique sont très rares. On les a observés presque tous chez des fœtus monstrueux, et ils coïncidaient toujours avec d'autres anomalies craniennes importantes. L'observation de Romiti se rapporte à un crâne américain (bolivien), d'homme adulte. L'anomalie est bilatérale. A droite et à gauche l'apophyse zygomatique du temporal se termine par une extrémité arrondie, lisse et uniforme qui reste écartée de l'apophyse temporale de l'os malaire par un intervalle de 3 millimètres à droite, de 5 millimètres à gauche. Ce crâne présentait en outre un grand nombre d'autres anomalies, dont quelques-unes sont également peu fréquentes.

L'état de l'arc zygomatique, chez ce sujet, répond à un stade du développement normal chez le fœtus humain de 4 à 5 mois, et à une disposition que l'on observe chez certaines espèces animales adultes (*centetes*, *sorex*, etc.). Il est possible que cette variété ait une valeur anthropologique, car sur les cinq cas connus (2 de Gruber, 2 de Zuckerkandl et 1 de Romiti) l'un (Gruber) concerne un crâne chinois, un autre (Romiti) un crâne bolivien. A. NICOLAS.

**Ein Beitrag zur Kenntniss des menschlichen Primordialcraniums (Du crâne primordial humain), par M. JACOBY** (*Arch. f. mik. Anat., XLIV, 1, p. 61*).

Ce travail comprend d'abord la description détaillée du crâne primordial d'un embryon humain de 30 millimètres (du vertex au coccyx), puis, dans une deuxième partie, quelques considérations générales dont voici le résumé.

Le principe, posé par Kölliker, que le crâne prend naissance tout d'un jet et ne fait ensuite que s'accroître en masse sans développement de parties nouvelles n'est pas exact. D'un stade à l'autre on constate des différences et la différenciation cartilagineuse n'est pas également avancée dans les diverses régions. De plus, si le crâne primordial forme réellement une masse cartilagineuse continue il n'en est pas moins vrai qu'on distingue différentes régions, surtout si l'on se place au point de vue histologique.

Contrairement à ce que l'on admet communément, le crâne primordial humain n'est pas, au point de vue de son développement, dans un état si grand d'infériorité vis-à-vis celui des autres mammifères. L'extension des lames pariétales en est une preuve.

L'auteur décrit également des dispositions qui ne se retrouvent plus à l'état adulte et qui sont au contraire bien représentées chez les autres mammifères.

Il paraît bien établi que, conformément à l'opinion de Gradenigo, le cartilage de Reichert (2e arc) prend part à la formation de l'étrier.

Quant à la participation de la paroi labyrinthique dans le développement de cet osselet elle est encore incertaine.

Un dernier détail à signaler est que les extrémités distales des cartilages de Meckel étaient séparées seulement par une mince bande périchondrale, et non comme l'a prétendu Dursy par une large couche conjonctive. A. NICOLAS.

**Ueber den Sulcus präcondyloideus des Henterhauptbeins (Sur le sillon précondyloïdien de l'occipital), par K. JESCHKE** (*Thèse de Königsberg, 1894*).

Sur la face inférieure de l'apophyse basilaire on trouve constamment de chaque côté de la ligne médiane une crête transversale (*crista occipitalis transversa*) plus ou moins développée. Entre cette crête et le condyle articulaire existe une surface tantôt plane, tantôt excavée en fossette, tantôt enfin creusée en sillon (*sulcus præcondyloideus*). L'espace compris entre la crête transverse et le condyle est occupé en avant, tout contre la crête, par l'insertion du petit droit antérieur. En arrière se trouve une veine transversale qui se dirige vers le trou condylien, et enfin contre le condyle se fait l'insertion de la capsule articulaire. Selon que la veine est plus ou moins développée, le sillon précondylien est plus ou moins profond. A. NICOLAS.

**Ein Beitrag zur Anatomie der Scheitelbeine des Menschen (Anatomie des pariétaux de l'homme), par P. v. HOLLANDER** (*Thèse de Königsberg, 1894*).

Les conclusions qui ressortent des mensurations prises par l'auteur sur 334 crânes (197 d'hommes, 84 de femmes et 53 d'enfants) sont les suivantes :

La configuration des pariétaux varie suivant les sexes. Chez l'homme elle est oblongue (rectangulaire) avec le plus grand diamètre sagittal ; chez la femme elle est carrée ou très rapprochée du carré. Le pariétal du fœtus et celui de l'enfant, pendant la première année, est oblong à grand diamètre frontal. Plus tard cette différence s'efface devant la différence sexuelle.

Le pariétal féminin se distingue du pariétal masculin par sa plus grande largeur et sa plus faible longueur; il ressemble au pariétal de l'enfant en ce sens que comme chez celui-ci la largeur égale la longueur ou n'en diffère que de quelques millimètres.

Les anomalies des os et sutures qui avoisinent les pariétaux n'ont aucune influence sur la forme par laquelle s'accuse la différence sexuelle. Les mensurations ne peuvent à elles seules permettre de distinguer à coup sûr le sexe d'un pariétal parce que les écarts qui existent d'un sujet à l'autre se superposent d'un sexe à l'autre. A. NICOLAS.

**Ueber das Orbital-Nervensystem des Kaninchens mit specialler Berücksichtigung der Ciliarnerven (Du système nerveux orbitaire du lapin avec étude spéciale des nerfs ciliaires), par PESCHEL** (*Graefe's Arch. f. Ophth., XXXIX, 2*).

L'auteur dans une dissection soigneuse, faite à l'aide de la loupe, a trouvé dans l'orbite du lapin jusqu'à 85 ganglions; il a démontré une anastomose provenant du trijumeau, du sympathique et du nerf moteur oculaire externe et se rendant dans la branche du nerf moteur oculaire

commun qui dessert les muscles releveur de la paupière supérieure et droit inférieur. Le ganglion ciliaire est, chez le lapin, intimement juxtaposé au tronc du 3e nerf d'où il reçoit 8 filets nerveux ; il reçoit encore un filet du sympathique et deux autres mixtes du sympathique et du trijumeau.

L'auteur a trouvé 25 nerfs ciliaires, dont 2 proviennent du ganglion ciliaire. L'auteur a fait des expériences d'extirpation du ganglion ciliaire ; immédiatement après, la pupille se dilate un peu, la mydriase augmente peu à peu, sans jamais devenir totale ; l'accommodation est paralysée ; la sensibilité de la cornée est intacte. Selon l'auteur, le ganglion ciliaire n'a rien à faire, ni avec la sécrétion des liquides intra-oculaires, ni avec la nutrition du globe. ROHMER.

**Nature du canal de Schlemm, par GUTMANN** (*8e Congrès internat., Revue gén. d'opht., septembre 1894*).

Gutmann a injecté de liquides colorants les canaux de Schlemm de 35 cadavres, ce qui lui permet de confirmer d'une façon absolue l'opinion de Schwalbe touchant la communication existante entre la chambre antérieure et le canal de Schlemm. Il existe des lacunes intercellulaires qui permettent aux liquides et même aux éléments figurés de traverser l'endothélium de ce canal ; cette migration peut être comparée à celle qu'effectuent les granulations de Pacchioni à travers les espaces cellulaires qu'on trouve dans le sinus de la dure-mère. ROHMER.

**The structure of the fovea centralis, par GOLDING BIRD et E.-A. SCHÄFER** (*Proceedings of the physiol. Soc., 10 mars 1894 ; The Journ. of physiol., XVI, p. 319*).

1. A côté de l'épaississement de la limitante interne qui constitue la fovea proprement dite, il y a un épaississement bien marqué du côté interne de la limitante externe constituant une fovea externe. — 2. Les noyaux cônes de la fovea ne sont pas exactement appliqués à la limitante externe, mais s'en séparent graduellement à mesure que l'on approche du centre de la fovea, la partie intermédiaire entre le cône et le noyau-cône devenant de plus en plus allongée, de manière qu'au centre de la fovea la partie nucléée repose sur la couche moléculaire externe. — 3. Les granulations internes, bipolaires, ne font pas complètement défaut au centre de la fovea. — 4. Les cellules nerveuses ne sont pas ovalaires, ainsi qu'on les représente. Ce sont des corps arrondis dont le prolongement périphérique traverse la couche moléculaire interne, comme dans les autres régions de la rétine. La couche des cellules nerveuses s'arrête à une faible distance du centre de la fovea ; mais une ou deux cellules de ce genre peuvent se rencontrer au centre même. DASTRE.

**Die Nervenendigungen im Lidrande und in der Conjunctiva palpebr. des Menschen (Les terminaisons nerveuses dans le bord des paupières et dans la conjonctive palpébrale de l'homme), par A.-S. DOGIEL** (*Arch. f. mik. Anat., XLIV, 1, p. 15*).

Dans le bord des paupières à partir de l'endroit où s'ouvrent les conduits excréteurs des glandes de Meibomius et dans toute la conjonctive palpébrale on observe un nombre considérable d'appareils nerveux terminaux, tout à fait semblables à ceux qu'on trouve dans la conjonctive

bulbaire et au pourtour de la cornée et qui se rattachent au groupe des corpuscules nerveux terminaux (massues terminales de W. Krause).

Au niveau du bord des paupières ces corpuscules sont logés dans les papilles; dans la portion tarsienne ils sont placés dans le tissu des nombreux replis qui hérissent la muqueuse et dans la portion orbitaire ils sont dans la muqueuse propre. Partout ils occupent une situation superficielle, leur grand axe étant généralement plus ou moins parallèle à la surface libre de la conjonctive. Leurs dimensions sont variables; leur nombre est considérable : tantôt ils sont isolés, tantôt assemblés en groupes de 5 ou 6.

Chaque corpuscule comprend : une enveloppe et une masse interne (massue interne) qui loge l'appareil nerveux terminal fourni par la division du tube nerveux (rarement double) qui l'aborde. La disposition et l'orientation des ramifications terminales du cylindre-axe varient; elles constituent en dernière analyse un peloton serré de fins ramuscules unis entre eux qui remplit presque tout l'intérieur du corpuscule. Sur le trajet de ces ramifications on observe d'habitude des épaississements de forme et de taille variables.

Dans le bord des paupières il arrive parfois qu'une fibre nerveuse unique fournit, en se divisant, l'appareil terminal de plusieurs corpuscules, deux ou trois, quelquefois aussi un peloton terminal émet une ou deux fibrilles qui quittent le corpuscule en traversant ses enveloppes, mais l'auteur n'a pu reconnaître la destinée ultérieure de ces fibrilles.

Outre les fines fibrilles nerveuses il y a encore dans l'intérieur des corpuscules une faible quantité de substance finement grenue qui, selon toute vraisemblance, est de la lymphe coagulée; mais on n'y trouve rien d'autre, par exemple pas d'éléments cellulaires.

Les corpuscules de la conjonctive palpébrale présentent, d'une façon générale, les mêmes caractères que ceux du bord libre et de la région tarsienne. Ils sont souvent plus gros, et il en est de composés, unis entre eux par des fibrilles anastomotiques.

Toutes les fibres à myéline n'aboutissent pas à des corpuscules; beaucoup se terminent dans l'épithélium en formant dans ses couches profondes un fin réseau dont les travées courent dans les interstices cellulaires. Dogiel met en doute l'existence de terminaisons libres. A. NICOLAS.

**Die Nervenendigungen im Gaumen und in der Zunge des Frosches (Les terminaisons nerveuses dans le palais et dans la langue de la grenouille), par A. BETHE** (*Arch. f. mik. Anat.. XLIV, 2, p. 185*).

L'auteur a étudié les terminaisons nerveuses indiquées par le titre de son travail, au moyen du bleu de méthylène dont il a modifié le mode d'emploi et la fixation. Malheureusement il n'a pas cru devoir révéler, pour le moment, sa manière d'opérer.

Dans les appareils nerveux de la voûte palatine (éminences sensorielles) et de la langue (plaques terminales) on trouve une grande quantité de terminaisons différentes : 1° des terminaisons libres qui s'insinuent entre les cellules cylindriques et atteignent, souvent même dépassent légèrement la surface; 2° des terminaisons par des boutons en forme de plaques sur les cellules épithéliales, et dont on peut distinguer deux caté-

gories : *a*) terminaisons par plaques trilobées sur les cellules cylindriques; *b*) terminaisons par plaques arrondies sur les cellules à bâtonnet, sur les cellules fourchues et sur les cellules cylindriques profondes.

Au niveau de l'épithélium indifférent (épithélium recouvrant compris entre les appareils nerveux) les terminaisons nerveuses s'observent : 1° sur les cellules glandulaires; 2° sur les cellules ciliées; 3° sur les cellules épithéliales profondes à noyau foncé.

Ces divers modes de terminaison sont décrits en détails et figurés nettement par des dessins démonstratifs.

Bethe consacre la deuxième partie de son travail à l'étude de la distribution des nerfs dans la voûte palatine, et à des considérations théoriques sur l'innervation de cette région.

Il y a dans la muqueuse deux plexus, l'un de fibres à myéline, l'autre de fibres pâles nuclées et anastomosées entre elles mais non avec les fibrilles terminales du premier.

Chaque éminence sensorielle reçoit deux fibres nerveuses, chacune d'elles, en se divisant, innervant encore trois autres éminences. Mais la deuxième fibre d'une éminence quelconque ne fournit jamais la seconde fibre des trois éminences innervées par la fibre qui l'accompagne. Ce fait important est particulièrement favorable à l'opinion qui veut que les éminences de la langue de la grenouille soient des organes tactiles et non gustatifs, opinion qui d'ailleurs s'appuie encore sur d'autres arguments. Il est en rapport avec la finesse de localisation des impressions. De plus cette disposition réalise une véritable économie, pour ainsi dire, de cellules ganglionnaires centrales. L'auteur démontre cette conséquence en appliquant la formule mathématique relative au nombre des combinaisons d'une classe donnée d'éléments en nombre indéfini. A. NICOLAS.

**Recherches sur l'appareil auditif chez les mammifères, par H. BEAUREGARD** (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, *juillet 1894*).

D'une minutieuse étude d'anatomie comparée de l'oreille moyenne l'auteur tire des conclusions intéressantes au point de vue de la physiologie. Il est à remarquer d'abord que les chauves-souris n'ont pas ces cavités annexes représentées par les cellules mastoïdiennes, et que l'absence de ces cellules n'est pas compensée par la présence de la bulle tympanique. Or comme les cheiroptères insectivores jouissent d'une grande acuité de l'ouïe, il est évident que le grand développement des cavités aériennes annexes de la cavité tympanique n'est pas lié spécialement à l'acuité de l'ouïe; ce ne sont pas des appareils de résonnance, mais bien des cavités qui ont pour but d'entretenir, près des ouvertures du labyrinthe et de la face interne de la membrane du tympan, un air à la même pression que l'air extérieur. Et en effet ce rôle devient évident par l'étude des dispositions que présentent les cétacés, chez lesquels existent de vastes sacs, en grande partie membraneux, lesquels n'ont plus qu'une cavité virtuelle sous l'influence des fortes pressions qui se produisent quand l'animal plonge. Alors les parois de ces sacs sont rapprochées, et l'air qu'ils contenaient auparavant se trouve chassé dans la bulle dont les parois osseuses très épaisses ne s'affaissent pas ; cet air, ainsi condensé dans la bulle, y fait équilibre à la pression extérieure.

La membrane du tympan présente de très grandes différences dans ses dimensions selon les animaux. C'est chez le murin qu'elle est le plus petite. Or, on sait que ce cheiroptère insectivore perçoit les sons très aigus. Le mouton, au contraire, a une membrane tympanique relativement énorme, et les expériences de Körner ont établi que cet animal est particulièrement sensible aux sons graves. Les dimensions de cette membrane ont donc une grande influence sur la faculté qu'ont les animaux de recueillir des sons graves ou aigus. Les autres parties de l'oreille moyenne ne paraissent pas en rapport avec cette propriété.

La situation variable de la fenêtre ronde permet de concevoir son rôle : elle est placée à la limite postérieure de la cavité tympanique chez les cheiroptères, en dehors même de la bulle chez les cétacés. Elle ne peut donc point être, comme l'avait dit Treviranus, un tympan secondaire servant à transmettre au labyrinthe les vibrations de l'air de la cavité tympanique. Son véritable rôle est de permettre les vibrations du liquide de l'oreille interne, liquide qui ne pourrait entrer en vibration s'il était dans une cavité à parois partout rigides. Et en effet, la membrane de la fenêtre ronde n'est, chez aucun mammifère, pourvue d'un appareil tenseur.

M. DUVAL.

**Recherches sur l'oreille interne de la roussette, par BEAUREGARD** (*C. R. Acad. des Sciences, 11 juin 1894*).

Chez les cheiroptères insectivores, chez lesquels l'acuité de l'audition semble tout particulièrement développée, en raison même de leur régime spécial, l'oreille interne est remarquable par l'épaisseur relativement très grande qu'atteignent la membrane basilaire et les arcs de Corti, ce qui donne à ces appareils plus d'élasticité et une plus grande rigidité. Au contraire chez la roussette (cheiroptère frugivore), comme chez le mouton, c'est-à-dire chez des animaux qui semblent organisés pour recueillir plus particulièrement l'impression des sons très graves, les parties de l'espèce de sommier élastique, que forment la lame basilaire et les arcs de Corti, offrent une gracilité remarquable et par suite une élasticité moindre. Ce sont là des dispositions très significatives pour la théorie de l'audition.

M. DUVAL.

**Sur l'origine des sphères directrices, par L. GUIGNARD** (*C. R. Acad. des Sciences, 23 juillet 1894*).

Dès ses premiers travaux sur les sphères attractives (ou centrosomes de la caryocinèse cellulaire), l'auteur a considéré ces corps comme des organes permanents de la cellule, indépendants du noyau, c'est-à-dire demeurant en dehors de celui-ci à l'état de repos. Mais d'autres auteurs, notamment parmi les zoologistes, ont cru observer que ces corps n'apparaissent qu'au moment de la division et qu'ils font partie intégrante du noyau lui-même. Pour les cellules végétales, Karsten a cru devoir adopter récemment cette dernière opinion, décrivant deux nucléoles qui sortiraient du noyau lorsque celui-ci a perdu sa membrane d'enveloppe et que se produit l'orientation des éléments chromatiques. Reprenant cette étude, Guignard montre que ces divergences d'opinion, quant à l'origine des sphères directrices, proviennent surtout de la façon spéciale dont les nu-

cléoles se comportent pendant la division de certaines cellules végétales ; il y a bien, en effet, des nucléoles qui sortent dans le cytoplasme ambiant, mais ils sont plus ou moins résorbés ; ils ne sont jamais l'origine des centrosomes, lesquels sont bien réellement des organes permanents de la cellule. M. DUVAL.

**Le placenta des carnassiers, par Mathias DUVAL** (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, *novembre 1893*, *mars et mai 1894*).

L'auteur étudie d'abord le placenta de la chienne ; ici encore il constate la formation d'une masse plasmodiale d'origine ectodermique, c'est-à-dire fœtale, analogue à l'ectoplacenta des rongeurs, et qui, comme chez ceux-ci, envahit le terrain maternel et entoure les vaisseaux sanguins de la mère ; seulement, tandis que chez les rongeurs, l'endothélium des capillaires maternels disparaît, et que le sang maternel se trouve ainsi circuler dans des lacunes creusées dans la masse plasmodiale ectodermique, chez les carnassiers, au contraire, cet endothélium persiste ; il représente le seul élément histologique d'origine maternelle qui prenne part à la constitution du placenta proprement dit ; l'auteur donne le nom d'*angioplasmode* à cette formation, pour exprimer la double origine de ses éléments, à savoir d'une part les parois endothéliales des capillaires maternels, et, d'autre part, le plasmode ectoplacentaire dérivé de l'ectoderme de l'œuf. Cet angioplasmode est remanié par l'arrivée des vaisseaux allantoïdiens, selon des processus semblables à ceux qui constituent le remaniement de l'ectoplacenta des rongeurs.

Chez le chien, l'auteur étudie avec soin la singulière formation dite bordure verte qui dessine, sur chaque bord du placenta zonaire, un cordon saillant coloré en vert intense. Il montre qu'il s'agit là d'une hémorragie maternelle, d'abord irrégulière et diffuse, mais qui, ultérieurement, arrive à se disposer en cavités régulièrement circonscrites par l'ectoderme fœtal, réalisant d'une manière spéciale la disposition caractéristique du placenta des rongeurs, disposition qui peut être exprimée par cette formule : une hémorragie maternelle enkystée et régulièrement canalisée par les replis de l'ectoderme fœtal. A. C.

**Note sur la topographie de l'urètre fixe, étudiée sur des coupes de sujets congelés, par L. TESTUT** (*C. R. Acad. des Sciences*, *9 juillet 1894*).

Sur quatre sujets congelés dans l'attitude debout, l'étude de coupes verticales antéro-postérieures permet de constater avec exactitude les dispositions de l'urètre fixe, c'est-à-dire de la portion de ce canal comprise entre le col de la vessie et l'angle prépubien. L'origine de cette portion, c'est-à-dire le col de la vessie, est placée au niveau de la partie moyenne de la symphyse, à 23 millimètres en arrière ; son extrémité antérieure, c'est-à-dire l'angle prépubien, est un peu au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'extrémité inférieure de la symphyse. Dans ce trajet, cette portion du canal, longue de 65 à 70 millimètres, ne décrit pas une courbe régulière, se prêtant à une définition géométrique ; elle se compose d'un segment initial, à peu près rectiligne, et d'un segment terminal également rectiligne, réunis l'un à l'autre par

une courbe de raccordement, laquelle varie beaucoup dans sa longueur, et n'est pas nécessairement une portion de circonférence. M. DUVAL.

**Note de technique sur les injections naturelles, par E. RETTERER** (*Journal de l'anat. et de physiol., mai 1894*).

L'auteur signale les avantages, à cet effet, du liquide de Müller; pour observer l'injection naturelle des tissus, il faut d'abord éviter l'écoulement du sang de la pièce, laisser séjourner celle-ci dans le liquide de Müller, enfin colorer les coupes avec un réactif qui donne une teinte spéciale aux globules du sang (notamment avec l'éosine). M. DUVAL.

---

# PHYSIOLOGIE.

**Ueber die chemische Reizung sensiblen Nerven (Sur l'excitation chimique des nerfs sensibles), par P. GRUETZNER** (*Arch. f. die ges. Physiol., LVIII, p. 69*).

Lorsqu'on veut comparer diverses substances au point de vue de leurs actions chimiques il faut en employer des quantités équimoléculaires, c'est-à-dire qui sous le même volume, contiennent le même nombre de molécules. En procédant ainsi, on voit que ces substances excitent d'autant plus fortement les nerfs qu'elles ont un poids moléculaire plus élevé; l'iodure de sodium, par exemple, excite plus fortement que le bromure ou le chlorure. L'auteur avait établi ces points en interrogeant les nerfs moteurs. Il examine maintenant les nerfs sensitifs, qui ne se comportent pas de même. Une solution de sel qui excite fortement les nerfs moteurs est incapable d'exciter les terminaisons du vague, qui sont cependant sensibles à de très faibles courants et réagissent alors sur la respiration. G. étudie l'effet des substances qui produisent de la douleur sur la peau entamée, et il fixe la durée de la réaction. L'action du chlorure de potassium est plus violente que celle du bromure et de l'iodure: la lessive de potasse plus que celle de soude; l'ammoniaque plus que les précédentes, bien qu'elle n'excite point les nerfs moteurs. Les acides se rangent dans l'ordre suivant: azotique, chlorhydrique, sulfurique, et enfin le plus faible est l'acide phosphorique. Puis vient l'étude de quelques alcools et la part d'influence qui doit être faite à la température et à la concentration. Enfin l'auteur a fait quelques essais sur la sensibilité gustative. Il fait remarquer que la notion de dose toxique, utile et indispensable dans la pratique, n'a aucun sens au point de vue physiologique. Enfin la parenté chimique n'entraîne pas la parenté physiologique des effets produits. DASTRE.

**The effect of stimulation and of changes in temperatur upon the irritability and conductivity of nerve fibres, par W.-H. HOWELL, S.-P. BUDGETT et Ed. LEONARD** (*The Journal of physiol., XVI, p. 298*).

Les auteurs examinent les recherches antérieures d'Afanassiew (1865), de Bernstein (1887), Edwards (1887), Albertoni et Stefani, Moriggia (1887),

Grützner (1878). Ils refroidissent les nerfs, mais de manière que, réchauffés, ils puissent reprendre leurs propriétés. Dans ce réchauffement les diverses catégories de fibres reprennent leur conductibilité à des moments différents. Le degré de froid qui suspend la conduction varie pour les diverses fibres : il oscille entre 0° et 5°. Seules, les fibres inhibitoires cardiaques du lapin perdent leur conductibilité à 15°. Une impulsion nerveuse qui passe dans une portion de fibre à température différente peut subir un accroissement ou une diminution selon que cette partie est plus chauffée ou plus refroidie que celle où l'impulsion est née ; par exemple, avec les fibres vaso-constrictives, la force des impulsions nerveuses s'accroît par le fait de traverser une aire plus chaude. La méthode du refroidissement peut être employée pour différencier les variétés physiologiques des fibres nerveuses confondues dans un tronc commun, par exemple les vaso-dilatateurs des vaso-constricteurs dans le sciatique ; les voies reflexes vaso-dilatatrices des voies vaso-constrictives dans un même tronc ; les fibres inhibitoires de la respiration des fibres excitatrices dans le vague : les fibres inhibitoires cardiaques qui agissent sur la vitesse de celles qui agissent sur la force des battements. Ces différentes réactions vis-à-vis des fibres nerveuses dépendraient d'une différence de structure plutôt que d'une différence d'épaisseur de la gaîne de myéline. Les fibres vaso-constrictives et inhibitoires cardiaques ne sont point fatiguées après une heure de fonctionnement continuel. Certaines fibres nerveuses perdent leur excitabilité, en tout ou en partie, au point excité lorsque la stimulation est prolongée pendant plusieurs minutes. On le constate pour les fibres vaso-constrictives et sudorales du sciatique. Il n'en est plus de même à leur origine médullaire et dans le cordon sympathique. DASTRE.

**Action des solutions oxalatées sur l'excitabilité des nerfs et des muscles et sur la rigidité cadavérique, par W.-H. HOWELL** (*The Journal of physiol.*, *XVI*, *p. 476*).

L'irrigation d'un nerf avec une solution diluée d'oxalate de sodium détruit complètement son excitabilité électrique, lui fait perdre la variation négative et fait disparaître le courant du repos plus rapidement que dans le nerf normal. Cavazzani avait annoncé que le muscle ainsi irrigué n'était plus sujet à la rigidité cadavérique. C'est là une erreur. La solution oxalatée détruit complètement l'excitabilité électrique sans porter atteinte à la rigidité cadavérique. Cette constatation ne confirme pas la théorie d'Hermann qui assimile les processus de la contraction et de la rigidité.

DASTRE.

**Notiz über den Einfluss..... (Action de la solution physiologique sur l'excitabilité électrique du muscle et du nerf), par T.-S. LOCKE** (*Centralbl. f. Physiol.*, *VIII*, *p. 166*, *1894*).

Le muscle couturier de la grenouille, plongé en entier avec son nerf moteur dans la solution de chlorure de sodium à 0,6 0/0, perd son excitabilité directe au bout de 15 à 20 heures. L'excitabilité indirecte, par excitation du nerf, est diminuée au bout de peu de temps et disparait au bout de 1 à 2 heures. A ce moment, on peut la faire reparaître en ajoutant

0,02 0/0 de $CaCl_2$ ou de $Sr\ Cl_2$ à la solution de chlorure de sodium.

LÉON FREDERICQ.

**On reflex action from sympathetic ganglia, par J. LANGLEY et K. ANDERSON** (*The Journ. of physiol.*, *XVI*, *p. 410*).

Il n'y a pas encore de preuve suffisante que la sécrétion salivaire obtenue en excitant le bout central du lingual, après section du cordon chordo-lingual, soit due à des fibres récurrentes de la corde du tympan. Les auteurs confirment le fait indiqué par Sokownin (1874-1877), à savoir que, après section des connexions nerveuses du ganglion mésentérique inférieur autres que les nerfs hypogastriques, on obtient une contraction de la vessie en excitant l'extrémité centrale d'un nerf hypogastrique, l'excitation efférente revenant par l'hypogastrique opposé. C'est bien là un réflexe. L'action n'est pas due aux fibres récurrentes des nerfs sacrés, car si l'on sectionne les nerfs d'un côté de la vessie l'excitation des nerfs sacrés du même côté, dans le canal médullaire, ou celle du nerf érecteur ne produisent pas de contraction. Elle n'est pas due davantage à des fibres récurrentes des nerfs lombaires, car, après avoir coupé les branches spinales du ganglion mésentérique inférieur et les nerfs vésicaux d'un côté, la stimulation des nerfs lombaires reste sans effet. La stimulation de l'extrémité centrale d'un hypogastrique produit, en outre d'une contraction de la vessie, une contraction du sphincter interne de l'anus, avec pâleur de la muqueuse rectale, de la corne et du corps de l'utérus du même côté et de la corne du côté opposé et du vagin. Tous ces phénomènes sont temporairement annulés par une injection de 10 à 20 milligrammes de nicotine. L'influx nerveux qui vient d'un hypogastrique traverse donc les cellules nerveuses du ganglion mésentérique inférieur avant d'atteindre l'hypogastrique du côté opposé. D'ailleurs, en admettant que la fibre nerveuse a pour centre trophique une cellule nerveuse et une seule, si l'on coupe un hypogastrique et que l'on laisse écouler le temps suffisant pour la dégénération, le réflexe produit en excitant le bout central est encore possible, de sorte que ce phénomène ne saurait être attribué à des fibres venant de cellules nerveuses périphériques.

Quand on excite une partie de la chaîne sympathique lombaire, on observe une érection des poils dans les régions innervées par les 2 à 4 ganglions au dessous. Ce réflexe est dû à la stimulation des fibres se rendant aux ganglions et revenant par des branches nerveuses issues de ce ganglion. Le nom de réflexe est employé par l'auteur faute de mot meilleur ; car il s'agit, dans tout ce travail, de réflexes dont la voie centripète est un nerf habituellement moteur.

DASTRE.

**I. — Ueber den spinalen Ursprung des Halssympathicus (Origine spinale du cordon cervical sympathique), par A. STEIL** (*Archiv für die ges. Physiol.*, *LVIII*, *p. 175 et 165*, *1894*)

**II. — Zusatz (Appendice), par O. LANGENDORFF** (*Ibid.*).

I. — Il s'agit en réalité des nerfs dilatateurs pupillaires. Une partie des physiologistes, depuis Budge et Luchsinger les font émaner d'un centre médullaire ciliospinal ; les autres, Salkowski, Grünhagen, etc., les font sortir en réalité d'un centre cérébral. L'auteur opère sur des chats et des

lapins. Il constate qu'après la section totale de la moelle cervicale, l'excitation de la muqueuse nasale et conjonctivale dilate encore la pupille : de même l'empoisonnement strychnique et l'asphyxie. Cet effet se produit des deux côtés lors même que l'un des cordons cervicaux est sectionné. L'excitation des nerfs du tronc produit encore quelquefois le même effet. L'excitation de l'un des cordons sympathiques détermine encore un rétrécissement pupillaire ; la section unilatérale, chez le lapin, rétrécit la pupille passagèrement ; et l'asphyxie, l'excitation des extrémités dilatent encore dans ce cas les deux pupilles ; dans ces mêmes conditions, la section du cordon cervical du côté opéré rétrécit encore le diamètre pupillaire ; la section du cordon de l'autre côté rend l'ouverture plus étroite que du côté opéré. Après hémisection de la moelle et section du cordon cervical du même côté, l'excitation du sciatique dilate les deux pupilles : l'éther et le chloroforme les rétrécissent. Le centre pupillaire est médullaire.

II. — Langendorff corrobore la conclusion précédente par l'indication de quelques faits, de dégénération. DASTRE.

**Die zuckerbildende Function des Nervus vagus (La fonction glycosoformatrice du nerf vague), par P.-A. LEVENE** (*Cent. f. Physiologie, VIII, p. 337, 1894*).

L'auteur constate chez le chat, le chien et le lapin, une augmentation notable du sucre et une diminution du glycogène dans le tissu hépatique, à la suite de l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique. Il admet que le nerf exagère la formation du sucre dans le foie.

LÉON FREDERICQ.

**On the origin from the spinal cord of the vaso-constrictor nerves of the portal veine, par W. BAYLISS et E. STARLING** (*The Journ. of physiol., XVII, p. 129, 1894*).

Mall (1892) a montré que les nerfs splanchniques contenaient des filets vaso-constricteurs pour le tronc de la veine-porte et ses branches. Les auteurs constatent que ces filets sortent de la moelle par les racines de la 3e jusqu'à la 11e paire, mais sont particulièrement abondants de la 5e à la 9e. Il est probable qu'ils viennent chez certains animaux de la 3e à la 10e, chez d'autres de la 4e à la 11e. (Arrangement antérieur de Langley, arrangement postérieur). Ces aires correspondent à celles des vaso-constricteurs pour le membre postérieur, et sont moins étendues que celle des viscères abdominaux (3e à 1re lombaire). Les auteurs ont constaté une accélération cardiaque par excitation des racines de la 1re à la 5e dorsale inclusivement, surtout de la 2e, 3e et 4e. DASTRE.

**Déterminations chronométriques relatives à la régénération des nerfs, par C. VANLAIR** (*Arch. de biol. XXIII, 2, p. 305*).

Chez le chien, et sans doute aussi chez l'homme, la régénération nerveuse idéale s'effectue, au moins pour les nerfs à long trajet direct, avec une régularité chronologique presque parfaite. En ne considérant que le délai global requis pour une restauration complète, on peut évaluer la vitesse moyenne des fibres adventives à 1 millimètre par jour. Si l'on fait porter les déterminations sur la durée relative de chacune des phases

du processus, on arrive aux chiffres suivants : Le temps moyen nécessaire à l'achèvement du premier stade (*prolifération initiale et expansion exodique*) est d'environ 40 jours. Celui qui répond aux deux autres phases varie naturellement d'après la distance des bouts dans le cas de résection et d'après la longueur du segment périphérique. Mais si, par le calcul, on ramène les évaluations à une base commune, on trouve que pour une résection d'un centimètre, les fibres nouvelles marchent dans le système intercalaire à raison de 2 1/2 décimillimètres par jour. Si la distance entre les moignons s'élève à 2 centimètres, la vitesse augmente dans une proportion très sensible. Si, au contraire, l'écartement des bouts dépasse cette dernière limite, la marche moyenne des fibres se ralentit, et cela à peu près en raison directe de la longueur de l'intervalle.

Quant à la progression des éléments nouveaux *à travers le bout périphérique*, elle se fait avec une vitesse de 1 millimètre par jour, vitesse de beaucoup supérieure à celle de leur parcours dans l'espace intercalaire. Cette différence a sa raison d'être dans les *conditions mécaniques* au milieu desquelles s'accomplissent la croissance et la propagation des fibres.

C'est aux mêmes influences qu'il convient de rapporter certaines particularités assez remarquables observées au cours de la reproduction du poplité interne, à savoir : 1° la réesthésiation de la face plantaire avant celle du coussinet ; 2° l'ordre topographique constant dans lequel s'accomplit la sensibilisation de cette dernière partie ; 3° la longueur relative du délai qui sépare le début de la restauration sensitive du coussinet de sa réinnervation totale. A. NICOLAS.

**Note on the degeneration following double transverse longitudinal and anterior cornual lesions of the spinal cord, par A. GRUNBAUM** (*The Journal of physiol.*, *XVI*, *p. 368*).

Une double section transverse de la moelle à la région thoracique inférieure détermine une dégénération complète des cordons postérieurs dans la partie ainsi isolée, avec une bande périphérique nettement délimitée dans les autres cordons, disposition qui démontre la distribution circonférentielle des fibres à long trajet. Les racines antérieures de la partie inférieure du segment isolé ne montrent point de dégénération ; leurs fibres ont une zone d'origine restreinte, comparées à la racine postérieure. La dégénération devient plus profonde avec le temps : elle est plus marquée au bout de six mois qu'au bout d'un mois. Après division longitudinale de la moelle, le long de la limite externe de la zone dégénérée des racines postérieures, il y a une dégénération ascendante du faisceau cérébelleux. Une lésion de la corne antérieure d'un côté de la moelle produit une dégénération dans la racine antérieure de l'autre côté, de sorte que quelques-unes des fibres radiculaires viennent du côté opposé. La coloration de Marchi ne peut pas être considérée comme un criterium certain pour les dégénérations. DASTRE.

**Ueber eine neue Methode..... (Méthode nouvelle pour mesurer le débit du sang et le travail du cœur), par ZUNTZ** (*Archiv f. Physiol., p. 1, 1894*).

Le principe de la méthode est le suivant :

On arrête le cœur par excitation du pneumogastrique, et l'on injecte dans l'aorte par une de ses branches une quantité de sang mesurée de manière à rétablir la pression artérielle à sa valeur primitive. Cette quantité de sang doit être la même que celle que le cœur aurait lancée dans le même temps dans le système aortique. LÉON FREDERICQ.

**On the form of the intraventricular and aortic pressure curves obtained by a new method, par BAYLISS et STARLING** (*Internat. Monats. f. Anat. u. Physiol., p. 426, 1894*).

Une canule de verre est mise en rapport par son extrémité ouverte avec le ventricule ou l'aorte ; l'autre extrémité fermée est étirée en un tube capillaire. La canule est remplie de liquide jusque dans sa partie capillaire où il reste seulement une minime chambre d'air. Les excursions fort restreintes de la surface libre du liquide au niveau du capillaire traduisent fidèlement, et sans déformations d'inertie ni vibrations propres, les variations de pression qu'il s'agit d'étudier. L'ombre du capillaire est projetée sur un papier photographique enroulé sur le cylindre enregistreur.

Les tracés recueillis chez le chien sont presque identiques à ceux que Hürthle et l'auteur de ces lignes ont obtenus chez le même animal et rappellent les tracés classiques pris chez le cheval par Chauveau et Marey.

Ces tracés donnent entièrement tort aux physiologistes allemands (v. Frey, Krehl, etc.) qui avaient attaqué la doctrine de Chauveau et Marey de la pulsation cardiaque. On y reconnaît pour le tracé ventriculaire un plateau systolique à 3 ondulations, une ligne de descente avec l'ondulation finale. Sur le tracé artériel, la portion systolique présente également un plateau à 3 ondulations, auquel fait suite la phase de relâchement avec l'ondulation directe au début, puis une seconde ondulation.

LÉON FREDERICQ.

**The effect of variations in the volume of the blood upon the specific gravity of blood and of muscle, par W. LAZARUS-BARLOW** (*Proceedings of the physiological Soc., 12 mai, The Journ. of physiol., XVI, 1894*).

Le volume du sang en circulation a plus d'importance pour l'économie qu'on ne l'avait supposé. Quand le volume du sang est augmenté, les tissus prennent de l'eau et perdent de leur poids spécifique, tandis que celui du sang augmente. Quand le volume du sang est diminué, c'est l'inverse : le poids spécifique des tissus et des muscles diminue et celui du sang augmente. L'économie s'accommode mieux de changements dans la densité que dans le volume du sang et tend à prendre un volume constant. DASTRE.

**The pulmonary circulation, par John-Rose BRADFORD et H. PERCY DEAN** (*The Journal of physiol., p. 34, 1894*).

Les auteurs, après avoir rappelé l'historique de la question, et décrit leur manière d'opérer, étudient la pression normale dans l'artère pulmonaire, les variations de cette pression déterminées par les changements dans la circulation générale — de même pour la veine pulmonaire — l'influence des mouvements respiratoires. Ils montrent ensuite que l'excitation des 3e, 4e, 5e paires dorsales produisent une contraction des vaisseaux pulmonaires.

Les conclusions de ce travail étendu sont les suivantes :

Il y a une indépendance remarquable de la circulation pulmonaire et de la circulation générale, les grandes oscillations de cette dernière exerçant un faible retentissement sur la première.

Tous les effets vaso-moteurs actifs sont très minimes par rapport à ceux que l'on observe dans la circulation générale, de même que la circulation générale est très peu affectée par les changements vasculaires originaires du poumon. En somme, l'appareil vaso-moteur pulmonaire est peu développé par rapport à l'appareil vaso-moteur général. Il existe pourtant. L'expérience d'excitation du centre vaso-moteur après section de la moelle ; en second lieu, l'excitation des nerfs dorsaux supérieurs, et enfin, quelques résultats d'excitation réflexe, sans compter les effets de l'asphyxie, démontrent l'existence de nerfs vaso-constricteurs pour les vaisseaux pulmonaires. DASTRE.

**Ueber den respiratorischen Gaswechsel..... (Sur les échanges respiratoires après ligature des trois artères de l'intestin), par Franz TANGL** (*Archiv f. Physiol., p. 283, 1894*).

La ligature temporaire des artères mésentérique supérieure et cœliaque, combinée avec la ligature permanente de la mésentérique inférieure, amène chez le lapin une hausse modérée de la pression sanguine et une diminution notable de la production de $CO_2$ et encore plus de la consommation d'oxygène. La réduction des échanges respiratoires peut dépasser 30 0/0 de leur valeur première. Après suppression de la ligature, les échanges respiratoires reprennent mais n'atteignent pas toujours leur valeur primitive. Même après une ligature n'ayant duré que quelques minutes, les animaux présentent au bout de peu d'heures des symptômes généraux très graves et ne tardent pas à mourir. LÉON FREDERICQ.

**Ueber Haut-und Darmathmung (Respiration cutanée et intestinale), par N. ZUNTZ** (*Archiv f. Physiol., p. 351, 1894*).

Un cheval, placé dans l'appareil de Pettenkofer et respirant à l'extérieur par une canule trachéale, fournit en 24 heures (par la respiration cutanée et intestinale) 145 grammes de $CO_2$ en moyenne, soit 3 0/0 du total des échanges respiratoires.

On dosa en même temps les gaz combustibles (surtout $CH_4$) qui fournirent 35 litres 4 de $CO_2$ par leur combustion. Les expériences faites précédemment sur l'ensemble des échanges respiratoires avaient fourni la même valeur de gaz combustibles. Ils semblent bien provenir tous de

l'intestin et fournissent un moyen de déterminer, connaissant la composition centésimale des gaz intestinaux (60 0/0 $CH_4$ et 22 0/0 $CO_2$), combien de $CO_2$ est fourni pour 24 heures par l'intestin. Le calcul fournit 26 grammes $CO_2$ pour l'intestin et par conséquent 145 — 26 = 119 gr. pour la peau. Les gaz intestinaux du cheval contiennent généralement 2,5 0/0 d'hydrogène, soit $0^{gr}$, 15 d'hydrogène par 24 heures.

Chez le cheval il n'y a pas d'élimination appréciable de gaz combustibles par les poumons, tout au plus un peu d'hydrogène (moins d'un gramme par jour).

Chez le lapin, au contraire, les 3/4 de l'hydrogène et du méthane formés dans l'intestin sont éliminés par la voie pulmonaire. LÉON FREDERICQ.

**Ueber die Kreuzung..... (Sur l'entrecroisement des impulsions respiratoires descendantes au niveau des centres des phréniques), par W.-T. PORTER** (*Centralbl. f. Physiol., VIII, p. 258, 1894*).

L'auteur démontre expérimentalement que les impulsions motrices qui naissent dans les centres respiratoires bulbaires descendent dans la moelle cervicale par les cordons latéraux pour atteindre les centres des nerfs phréniques. Les excitations qui descendent d'un côté de la moelle peuvent, au niveau de l'origine des phréniques, franchir dans certains cas la ligne médiane et atteindre le centre du phrénique de l'autre côté sans qu'il y ait dyspnée. L'entrecroisement n'a pas lieu dans la partie de la moelle située entre les centres des phréniques et le calamus.

LÉON FREDERICQ.

**The value of sugar and the effect of smoking on muscular work, par VAUGHAN HARLEY** (*The Journal of physiol, XVI, p. 97, 1894*).

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : 1° Les périodes de la digestion de même que la nature des aliments ont une influence sur l'énergie musculaire volontaire ; 2° En dehors de l'influence de l'alimentation il y a dans le pouvoir musculaire un maximum et un minimum diurnes ; 3° L'aptitude au travail est plus grande dans la seconde moitié du jour : le minimum est le matin vers neuf heures ; le maximum vers trois heures de l'après-midi ; 4° L'exercice régulier retarde le moment de la fatigue ; 5° A cet égard la diète de sucre équivaut à la diète complète ; 6° La consommation de grandes quantités de sucre a accru le pouvoir musculaire de 26 à 33 0/0 ; et avec le retard de la fatigue, l'accroissement pour la journée peut atteindre 61 à 76 0/0 ; 7° L'addition de sucre au régime ordinaire peut accroître le pouvoir musculaire de 9 à 21 0/0 et le travail total, avec retard de la fatigue, de 6 à 39 0/0 ; 8° L'addition de sucre à un régime mixte abondant donne des accroissements correspondants de 2 à 7 0/0 et pour le travail total de 8 à 16 0/0 ; 9° L'addition de 250 grammes de sucre au régime normal accroît le travail quotidien. L'accroissement est de 6 à 28 0/0 pour le travail de 30 contractions musculaires et pour la journée entière de 9 à 36 0/0 ; 10° Le fait de fumer a une légère influence dépressive sur le pouvoir musculaire volontaire, mais il ne change pas l'élévation matinale ni la chute vespérale ; 11° Le sucre pris tard dans la soirée peut faire disparaître la chute diurne et accroître la résistance à la fatigue. DASTRE.

**On d'Arsonval's physical theory of the negative variation, par G. BURCH et L. HILL** (*The Journal of physiol., XVI, 1894*).

Les physiologistes considèrent en général les phénomènes électriques qui accompagnent l'excitation du muscle comme corrélatifs de l'activité vitale ou chimique des tissus. D'Arsonval a proposé pourtant une théorie purement physique, d'après laquelle les variations du potentiel sont considérées comme des conséquences de la déformation mécanique de la substance musculaire contractée. Le phénomène serait celui même de l'électromètre capillaire. On sait qu'il y a réversibilité dans cet instrument ; ici la réversibilité serait manifestée en mettant au bout du muscle qui se contracte un autre muscle qui est détendu *ipso facto*. On constaterait alors que le muscle actif présente une variation négative et l'autre une variation positive simultanée. Parson a répété en 1892 et a en effet observé que le muscle étendu était positif par rapport à l'autre.

Les auteurs prétendent que c'est là le résultat d'une erreur. En se servant de l'électromètre Lippmann, et en enregistrant photographiquement les variations ils ont vu que le muscle étendu ne présentait aucun phénomène de variation positive et qu'une variation de ce genre lorsqu'elle se produisait était due à un isolement imparfait et à une transmission du courant excitateur. L'inscription photographique permet en effet de constater que ce phénomène est contemporain de l'excitation elle-même et antérieur de quelques millièmes de seconde à la contraction et par suite à la déformation auquel d'Arsonval l'attribue.

Les auteurs taxent également d'inexacte cette autre assertion, à savoir que lorsque le muscle est tendu par un poids supérieur à ce qu'il peut soulever, sa variation électrique est maximum.

Enfin, en troisième lieu, l'objection que la vitesse de propagation de la variation négative est faible relativement à celle de l'électricité dans un conducteur, vaudrait tout autant contre la théorie de d'Arsonval, que contre la théorie vulgaire.

Pour qu'une hypothèse puisse rendre compte du phénomène de la variation électrique musculaire, il ne suffit pas qu'elle rende compte de sa direction seulement, mais encore des conditions chronologiques et d'intensité des phénomènes électriques associés à l'activité du muscle vivant.

DASTRE.

**Die Kraftquelle für die Leistungen des tetanisirten Muskeln (La source de l'énergie développée dans le tétanos musculaire), par J. SEEGEN** (*Centr. f. Physiol., VIII, p. 465 et 497*).

L'auteur trouve que chez le chien anesthésié et dont les muscles de la patte sont au repos, la teneur en sucre du sang de la veine crurale est à peu près la même que celle du sang artériel de l'artère crurale ou de la carotide. Si l'animal exécute des mouvements musculaires énergiques, ou si l'on provoque les contractions par l'excitation faradique directe des muscles, le sang veineux qui revient des muscles se montre notablement plus pauvre en sucre (25 à 30 0/0 de moins) que le sang artériel. Mais, fait des plus singuliers, si l'excitation faradique est appliquée par l'inter-

médiaire du nerf crural, le sang veineux montre au contraire un excès de sucre qui peut atteindre 15 à 40 0/0 de la proportion de sucre du sang artériel. Ce résultat paradoxal pourrait peut être s'expliquer en admettant que la transformation de glycogène musculaire en sucre dépasse dans ce cas la consommation de sucre du muscle. La diminution du glycogène dans les muscles tétanisés a été constatée à nouveau par l'auteur.

L'auteur admet que dans les conditions ordinaires le sucre du sang constitue le principal combustible musculaire. Le glycogène musculaire interviendrait principalement lors des contractions prolongées et très énergiques.

LÉON FREDERICQ.

**Ueber das Verhältniss..... (Sur le rapport entre le travail mécanique et la production de chaleur dans le muscle), par R. METZNER** (*Archiv f. Physiologie, 1893, Supplém. p. 74*).

Travail rempli de détails intéressants sur les circonstances qui font varier dans les muscles de grenouille la quantité de chaleur produite pendant la contraction et la valeur du rapport : $\frac{\text{travail extérieur}}{\text{chaleur}}$.

Fick et ses élèves avaient admis que ce rapport ne dépasse en général pas $\frac{1}{3}$, c'est-à-dire que le travail représentait le 1/4 et la chaleur les 3/4 de l'énergie chimique totale transformée pendant la contraction. L'auteur trouve que le rapport : $\frac{\text{travail}}{\text{chaleur}}$ peut atteindre la valeur $\frac{1}{2}$ et même parfois $\frac{1}{1}$, c'est-à-dire que le travail correspond à la moitié et la chaleur à l'autre moitié de l'énergie chimique mise en liberté pendant la contraction.

LÉON FREDERICQ.

**Ueber die centralen Organ für die Temperaturempfindungen der Extremitäten (Sur les organes centraux pour les sensations de température des extrémités), par M. DESSOIR** (*Archiv f. Physiol., p. 525, 1894*).

Les réactions de température ne se montrent plus, lorqu'on plonge la patte dans l'eau chaude ou dans l'eau froide, chez les chiens auxquels on a extirpé la région du gyrus sygmoïde correspondant à l'extrémité sur laquelle on expérimente. Pas de restitution de la sensibilité thermique, même après 17 mois. L'auteur localise les sensations de température des membres (froid et chaud) dans le gyrus sigmoïde chez le chien.

LÉON FREDERICQ.

**I. — Einige Bemerkungen..... (Influence du vernissage de la peau chez l'homme), par SENATOR** (*Archiv f. Physiol., p. 178, 1894*).

**II. — Antwort auf den Vortrag..... (Réponse au travail précédent), par M. LEVY-DORN** (*Ibid.*).

I. — L'homme supporte le vernissage de la peau pendant au moins une semaine sans aucun inconvénient. Il en est de même chez les animaux, si l'on a soin d'empêcher qu'ils ne se refroidissent.

II. — L'auteur considère la question de l'action nuisible de l'application

des enduits cutanés comme non entièrement résolue par les expériences de Senator. LÉON FREDERICQ.

**Electromotric phenomenes in non-secretory epithelia, par WAYMOUTH REID** (*The Journ. of physiol., XVI, p. 360*).

Les membranes épithéliales non sécrétantes peuvent posséder un pouvoir électro-moteur. D'après Hermann, la force électro-motrice est engendrée au contact de la couche cornée et de la couche non cornée ; d'après Héring, la cause réside moins dans une différence de composition chimique que dans une différence d'échanges (métabolisme) chimiques. L'auteur se rallie à cette supposition. Les variations du courant sont en rapport avec des changements physiologiques tout à fait indépendants d'une métamorphose kératinique. Courant de repos et courant d'action indiquent seulement des phases du phénomène électrique lié à l'activité cellulaire. Le courant de repos est dirigé de dehors en dedans, la surface épithéliale étant négative. Les narcotiques diminuent la force électro-motrice de ce courant ; la chaleur l'augmente. La stimulation de la surface développe un courant d'action. DASTRE.

**Ueber die chemische Reizung des Flimmerepithels (Sur l'excitation chimique de l'épithélium vibratile), par G. WEINLAND** (*Arch. f. die ges. Physiol., LVIII, p. 105, 1894*).

C'est le fluorure de sodium qui s'est montré le plus nuisible à l'épithélium vibratile. Les autres sels haloïdes de soude se rangent dans l'ordre de leurs poids moléculaires. Les sels de potasse qui sont des poisons nerveux énergiques ont moins d'action sur l'épithélium vibratile que les sels de soude. D'une façon générale, l'effet physiologique augmente avec la grandeur du poids moléculaire ; d'autres fois, plus rarement, il diminue, mais il le suit toujours, comme il arrive pour les nerfs moteurs. DASTRE.

**The influence of mechanical factors on lymph production, par E. STARLING** (*The Journal of physiol., XVI, p. 224*).

L'auteur conclut de ses recherches que dans les conditions normales la pression intra-capillaire est le facteur principal dans la production de la lymphe. La section de la moelle diminue l'écoulement de la lymphe du canal thoracique. L'excitation du vague, les splanchniques étant coupés, ne produit aucun effet ou provoque seulement une chute légère : l'excitation prolongée, dans les conditions normales, l'accroît. De même l'excitation des splanchniques ; la pléthore hydrémique, l'obstruction de la veine porte et surtout de la veine cave inférieure. Au contraire, l'anémie et l'obstruction de l'aorte thoracique diminuent l'écoulement de la lymphe thoracique. DASTRE.

**Zur Lehre von der Transsudation, par W. COHNSTEIN** (*Archiv f. Physiol., p. 179, 1894*).

Heidenhain a combattu la théorie de la formation de la lymphe par filtration mécanique, en faisant remarquer que la lymphe n'a pas la composition chimique d'un liquide de transsudation, tel que le fournirait une

expérience *in vitro*. L'auteur fait remarquer qu'il s'agit dans la formation de la lymphe, non d'une filtration à travers une membrane baignée d'un côté par un liquide et de l'autre par l'air, mais d'une membrane baignée des deux côtés par des liquides de composition différente : la filtration se complique dans ce cas de phénomènes de diffusion, comme le prouvent les expériences de l'auteur. Si l'on tient compte de la diffusion et de la filtration, une partie au moins des objections formulées par Heidenhain contre la théorie mécanique de la formation de la lymphe, perdent leur valeur. LÉON FREDERICQ.

**On absorption from and secretion into the serous cavities, par E. STARLING et A. TUBBY** (*The Journal of physiol.*, *XVI*, *p. 140*, *1894*).

Les expériences des auteurs consistent dans le fait de recueillir la lymphe après injection de liquides colorés dans les cavités séreuses. Elles montrent que ces matières sont absorbées rapidement et directement par les vaisseaux sanguins. Il y a un échange entre le sang et le liquide. L'introduction de substances lymphagogues (de Heidenhain) dans la cavité pleurale n'accroît pas la sécrétion de la lymphe dans cette cavité, mais provoque, comme les autres substances, un échange entre le sang et le fluide pleural. L'absorption par la cavité pleurale et la sécrétion à l'intérieur de cette cavité ne sont pas une simple question d'osmose : dans certains cas, avec certaines substances, l'absorption est le fait d'une *activité spéciale*, soit des vaisseaux sanguins, soit de l'endothelium pleural. DASTRE.

**Ueber Blutresorption aus der Peritonealhöhle (Sur la résorption du sang par la cavité péritonéale), par F.-H. SOUTHGATE** (*Centralbl. f. Physiologie*, *VIII*, *n° 14*, *p. 449*, *1894*).

Le lapin supporte fort bien l'injection intra-péritonéale de sang emprunté directement à un autre lapin. Le sang est résorbé rapidement par les lymphatiques en ne laissant qu'un caillot peu important dans la cavité péritonéale. Chez le transfusé, on constate une augmentation passagère de la richesse du sang en globules, pas d'hémoglobinurie.

L'animal saigné présente une diminution des globules de son sang. Si la transfusion se fait au moyen de sang emprunté au même animal, l'opération est bien supportée et n'a que peu d'influence sur le sang de l'opéré. La transfusion intra-péritonéale de sang de chien pratiquée chez le lapin provoque l'apparition de l'hémoglobine dans le plasma sanguin et dans les urines et la mort du transfusé. LÉON FREDERICQ.

**Imperméabilité de l'épithélium vésical sain à l'égard des médicaments et des poisons, par BOYER et L. GUINARD** (*C. R. Acad. des Sciences*, *18 juin 1894*).

C'est à tort qu'on a de nouveau mis en cause l'imperméabilité vésicale (*R. S. M.*, XLIV, 27) ; les nouvelles expériencee des deux auteurs viennent la confirmer une fois de plus. Opérant sur le chien, ils ont évité de se servir des poisons métalliques ainsi que des substances bien connues pour leur pouvoir irritant ou la propriété qu'elles ont de dégager des vapeurs ; ils s'en sont tenus à la série des alcaloïdes, dont ils ont vu, dans

23 expériences, de fortes doses tolérées et conservées par la vessie, sans qu'aucun trouble physiologique fournisse le moindre indice d'une absorption quelconque. Parmi leurs expériences de contrôle, la suivante est très explicite. Ils ont recueilli les urines de trois chiens, qui avaient gardé dans leur vessie, sans accident, 0gr,10 d'arséniate de strychnine ; ces urines injectées hypodermiquement aux chiens mêmes qui les avaient fournies, à des grenouilles, à des lapins, etc., ont tué ces animaux avec les symptômes classiques du strychnisme. M. DUVAL.

**Hämatologische Notizen : 1° Zur Frage über die Leucolyse; 2° Ueber die morphologischen Veränderungen des Blutes bei einer Frau mit entfernter Milz (1° Sur la leucolyse ; 2° Changements morphologiques du sang chez une femme dératée), par N. TSCHISTOWITSCH** (*Centralbl. f. med. Wiss., p. 241, 257 et 273, 1894*).

I. — Les globules blancs du sang du lapin ou de l'homme ne sont pas détruits *in vitro* par les solutions de peptone, d'albumose ou de produits bactériens, substances qui toutes ont pour effet de diminuer le nombre des globules blancs quand on les injecte dans le torrent circulatoire de l'animal vivant. L'hypoleucocytose ne paraît donc pas due à une leucolyse ou destruction de globules blancs. Schulz a montré récemment (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, LI, p. 269, 1893) que l'hypoleucocytose du sang des capillaires périphériques correspond à une augmentation considérable des globules blancs des organes abdominaux. Holtzmann, dans une dissertation russe parue en 1893, avait d'ailleurs publié que l'extirpation de la rate empêche la production de l'hypoleucocytose qui se montre d'ordinaire après l'injection d'essence de térébenthine ou de culture de bactéries charbonneuses.

II. — L'auteur a examiné le sang d'une femme ayant subi l'extirpation de la rate deux ans auparavant : richesse en globules rouges et hémoglobine au moins égale à la normale. Augmentation du nombre des leucocytes, surtout des lymphocytes, plus tard aussi des leucocytes polynucléaires. Kurlow a décrit dans une dissertation russe de 1892 l'augmentation des leucocytes chez le cochon d'Inde pendant la première année qui suit l'extirpation de la rate. Puis les leucocytes diminuent, mais les cellules éosinophiles augmentent en nombre. On sait depuis longtemps que le sang s'appauvrit en hémoglobine et en globules rouges après l'extirpation de la rate.

Chez la femme dératée, le sang se montra plus riche en leucocytes, surtout en neutrophytes polynucléaires pendant la période de digestion ; tandis que chez les individus normaux la digestion s'accompagne d'une diminution des leucocytes dans le sang des capillaires périphériques.

LÉON FREDERICQ.

**On the formation of heat in the salivary glands, par W. BAYLISS et Leonard HILL** (*The Journ. of physiol., XVI, p. 351*).

Ludwig et Spiess (1857-1860) ont vu que la salive sous-maxillaire était plus chaude que le sang carotidien de 1° à 1°,5. Cl. Bernard (1876) a trouvé que la corde du tympan produisait une élévation de température et qu'une faible élévation s'observait encore après la ligature des vais-

seaux : la stimulation du sympathique produisait des effets inverses. Cependant la petitesse de la glande, la quantité de sang qui la traverse et qui sort artérialisé des veines, rendent problématique ou mieux improbable une élévation de température. En fait, d'après les auteurs, aucune des méthodes employées pour la mesure des variations thermiques n'a pu mettre en évidence une formation de chaleur. DASTRE.

**On the role of acid in protozoan-digestion, par M. GREENWOOD et E.-R. SAUNDERS** (*The Journ. of physiol., XVI, p. 441, 1894*).

Metchnikoff (1889) avait observé que le protoplasma alcalin des plasmodies lorsqu'il absorbe les grains de tournesol les fait passer au rouge. F. Le Dantec (1890-1891), sur son conseil, a examiné ce phénomène et fait une étude complète en variant les réactifs (sulfate d'alizarine, etc.) Il a conclu que : 1° Il y a toujours une sécrétion acide à l'intérieur des vacuoles que les amibes forment autour des corps ingérés ; 2° chez les infusoires les ingesta de toute espèce sont baignés d'une liqueur acide. Les auteurs ont cherché les variations de ce phénomène dans les phases successives de la digestion, dans le groupe des vorticellidés et dans celui de certains mycetozoa. Ceux-ci ressemblent aux amibes par le fait de digérer exclusivement les matières protéiques, et de localiser cette action digestive dans des vacuoles. Chez tous, l'ingestion d'une matière solide stimule la cellule à sécréter autour une liqueur acide, dont la présence est démontrée par les changements de couleur du tournesol, du rouge Congo et du sulfate d'alizarine, ainsi que par la solution des phosphates de chaux et de magnésie. Chez l'infusoire il y a formation d'une vacuole qui contient cette liqueur acide ; chez les plasmodies, il n'y a pas de vacuole. La formation de l'acide précède d'ailleurs celle de la vacuole. La réaction acide diminue ensuite et la vacuole et les ingesta prennent à la fin la réaction alcaline. La décomposition de la matière minérale des globoïdes (des plasmodies) prouve que l'acide mis en liberté n'est pas l'acide carbonique, mais plutôt quelque acide minéral. Chez les vertébrés le premier phénomène de la digestion est la production de granulations cellulaires, zymogènes, destinées à donner naissance au véritable ferment.

Quelle que soit la nature du milieu où doive s'accomplir l'action, l'acide est le meilleur moyen de tranformer le zymogène en zymase. Ici l'on n'aperçoit point de production granuleuse d'enzymes : il est difficile de comprendre comment la matière zymogénique peut rester inerte pendant des heures. Quoique la sécrétion d'acide se forme autour de tous les ingesta, les véritables vacuoles digestives ne se produisent que pour les matières nutritives. DASTRE.

**Ueber die elektromotorischen Wirkungen der Magenschleimhaut (Sur les actions électromotrices de la muqueuse stomacale), par F. BOHLEW** (*Centr. f. Physiol., VIII, p. 353, 1894*).

Variation d'abord positive, puis négative, du courant propre de la muqueuse stomacale par excitation du bout périphérique du pneumogastrique. L'excitation est pratiquée immédiatement au dessus du diaphragme, afin d'exclure l'intervention des filets cardiaques et la chute de pression qui suivrait leur excitation. L'effet produit se montre encore après

occlusion de l'aorte thoracique, ce qui permet d'exclure l'action vasomotrice sur les vaisseaux de l'estomac. L'effet ne se montre plus après empoisonnement par l'atropine, ce qui est bien en rapport avec l'idée qu'il s'agit d'une excitation des filets sécréteurs du pneumogastrique.

Le courant propre diminue considérablement lorsqu'on arrête la circulation dans l'estomac par ligature de l'aorte. LÉON FREDERICQ.

**Die Rumination beim Menschen..... (La rumination chez l'homme et ses rapports avec le vomissement), par SINGER** (*Deut. Arch. f. klin. Med., LI, p. 472*).

Rumination et régurgitation sont identiques l'une à l'autre. Ces actes sont l'expression d'une constitution nerveuse. La cause immédiate du mérycisme est une insuffisance relative du cardia, qui se produit en face d'une certaine dilatation de l'estomac par les aliments. Le cardia dilaté aspire le contenu stomacal sous l'influence du vide thoracique, le thorax se plaçant en inspiration, avec la glotte fermée. Des mouvements dans le sens de l'expiration peuvent volontairement interrompre la régurgitation. Il existe une dilatation réelle de la portion cardiaque de l'œsophage ; elle est due à la déglutition habituelle de trop gros morceaux mal mastiqués. Physiologiquement et cliniquement il faut séparer la rumination du vomissement, sauf de la forme œsophagienne du vomissement nerveux. L'état de la fonction stomacale dans ces cas est tout à fait variable. On peut distinguer la rumination vraie, de celle qui est dûe à un diverticule ou à une dilatation totale de l'œsophage, à ce que, dans ce dernier cas, il n'existe ni pepsine, ni présure, dans les matières vomies. Le traitement doit être dirigé contre le nervosisme causal, contre la mauvaise mastication de gros bols alimentaires, contre une trop grande absorption de boissons, on peut en outre chercher à tonifier le cardia par des moyens appropriés. C. LUZET.

**Sur la mémoire des mouvements actifs, par Th. SCHNEIDER** (*Thèse de Dorpat, 1894*).

Travail du laboratoire du professeur Tchige.

Plus de 4,000 expériences instituées sur les mouvements du poignet chez 3 personnes intelligentes, ont montré que la mémoire s'affaiblit graduellement, bien que peu, avec l'augmentation de l'intervalle entre ces mouvements.

La main fixée de manière que l'articulation du poignet restât seule libre, on attachait à l'index un crayon qui décrivait des courbes parfaites. On traçait ces courbes sur du papier quadrillé en millimètres; pour éviter l'accoutumance, la grandeur des lignes variait entre 70 et 180 millimètres. Après avoir tracé une courbe d'une certaine grandeur, la personne en expérience cherchait à tracer une courbe de la même grandeur au bout d'un temps déterminé, mais cette fois les yeux bandés. On déterminait la valeur moyenne de l'erreur par la comparaison des différences entre deux courbes. A mesure que l'intervalle augmentait, l'erreur moyenne augmentait aussi : avec un intervalle de 0,5 minutes, l'erreur moyenne était de 1/29, avec celui de 2 minutes — de 1/28, en 6 minutes — de 1/24, en 10 minutes — de 1/21, en 15 minutes — de 1/17.

Ces résultats concordent avec les conclusions de Zaborowski sur les

impressions visuelles, à savoir que la mémoire diminue légèrement dans les premières minutes après les impressions reçues. H. FRENKEL.

**An experimental investigation of eye movements, par J.-S. RISIEN RUSSELL** (*The Journ. of physiol., XVII, p. 1, 1894*).

Les expériences ont été exécutées sur les chiens et les singes. Elles conduisent aux conclusions suivantes : Tous les mouvements des globes oculaires sont représentés dans l'écorce cérébrale, et non pas seulement les mouvements de latéralité du côté opposé à celui qu'on excite. Ceux-ci sont représentés dans l'écorce avec tant de puissance qu'ils masquent les autres et qu'il faut les exclure pour apercevoir ces derniers. Les déviations qui résultent d'ablations corticales peuvent se réparer et l'état normal se rétablir ; mais si l'animal est soumis à la narcose anesthésique, la déviation anormale se reproduit. D'autre part, durant la narcose, les centres corticaux oculaires des deux côtés ne sont pas atteints simultanément. Les lésions du cervelet produisent le strabisme et des déviations comme celles du cerveau, par mécanisme de paralysie et non d'irritation, et par effet direct sur les nerfs moteurs plutôt que par effet indirect sur l'écorce cérébrale. Il y a deux nystagmus de cause cérébelleuse : l'un, spontané, est un phénomène d'irritation, vraisemblablement réflexe ; l'autre, apparaissant à l'occasion des mouvements volontaires, est dû à la parésie de certains muscles. Des expériences de contrôle ont montré que ces effets des lésions cérébelleuses sont indépendants de toute action exercée sur la 8e paire et sur le labyrinthe. Il y a antagonisme entre les effets dûs à l'action d'un lobe cérébelleux et ceux qui sont commandés par le lobe cérébral du même côté ; de telle sorte que leur ablation simultanée ne change pas la position du globe oculaire, tandis que l'ablation isolée de l'un ou l'autre entraîne une déviation. DASTRE.

**Experimental note on two movements of the eye, par C.-S. SHERRINGTON** (*The Journ. of physiol., XVII, p. 27, 1894*).

1° Chez le singe les axes oculaires sont parallèles. Si d'un côté, le gauche par exemple, on coupe la 3e et la 4e paire craniennes, le droit externe reste le seul muscle actif; le globe oculaire est dévié à droite. Si alors on excite l'écorce cérébrale (région de déviation frontale de Ferrier, occipitale de Schäfer) on obtient un mouvement conjugué des deux yeux vers le côté opposé. Il y a ainsi un relâchement inhibitoire du muscle externe gauche, simultané avec la contraction du muscle externe droit. L'action est due à des centres sub-corticaux, car elle s'obtient encore en excitant la couronne rayonnante et la capsule interne. — 2° Lorsque la 3e paire a été coupée, la paupière correspondante est tombante et elle reste inerte quand on imprime un mouvement volontaire à l'autre paupière. Dans le clignement, le relèvement se fait aussi rapidement des deux côtés.

DASTRE.

**Les mouvements articulaires étudiés par la photographie, par MAREY** (*C. R. Acad. des Sciences, 7 mai 1894*).

Mouvements du maxillaire inférieur : pendant les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche, le maxillaire inférieur oscille autour

d'un point qui correspond au milieu de la branche montante; dans les mouvements de propulsion en avant et de rétraction, la branche horizontale glisse suivant sa propre direction, tandis que la branche montante se meut parallèlement à elle-même. Dans les mouvements de mastication, le mécanisme est différent selon que la mastication se fait sur les incisives (le maxillaire s'élève et se porte en avant de sorte que ses deux branches restent sensiblement parallèles à leur direction primitive) ou sur les molaires (pivotement de la mâchoire autour de l'extrémité de son condyle).

Mouvements de l'articulation atloïdo-axoïdienne : Sappey a indiqué que, dans ses mouvements de rotation à droite ou à gauche, la tête subit un léger abaissement; la photographie confirme très exactement cette conclusion; le vertex n'est jamais aussi élevé que quand le visage est exactement dirigé en avant. M. DUVAL.

**Recherches sur la rigidité cadavérique, par J. TISSOT** (*C. R. Acad. des Sciences, 16 avril et 16 juillet 1894*).

Deux opinions contraires ont cours, parmi les physiologistes, sur la question de la rigidité cadavérique. Les uns y voient un phénomène chimique, la coagulation de la myosine; les autres, avec Brown-Séquard, la considèrent comme une dernière contraction du muscle. Les expériences de l'auteur viennent à l'appui de cette manière de voir, car elles montrent que les muscles rigides sont excitables électriquement, surtout si la rigidité survient rapidement; après avoir perdu leur excitabilité électrique, ces muscles peuvent conserver, parfois pendant quinze heures et plus, leur excitabilité mécanique; enfin les muscles rigides qui ont perdu l'excitabilité électrique et mécanique, possèdent encore l'excitabilité aux agents chimiques.

Dans une seconde note l'auteur étudie la disparition de la rigidité; c'est à tort qu'on l'a attribuée à la putréfaction, laquelle ne commence que bien après que le muscle a cessé d'être rigide. On invoque aussi, comme cause de la cessation de la rigidité, la dissolution de la myosine par l'acide formé dans le muscle. Mais chez les animaux en inanition les muscles ne deviennent pas acides en devenant rigides, et restent alcalins jusqu'après la cessation de la rigidité. M. DUVAL.

---

# CHIMIE MÉDICALE.

**Études cliniques sur la nutrition dans la phtisie, par Albert ROBIN** (*Archives gén. de méd., mai et juin 1894*).

Robin étudie dans ce travail les variations de la quantité des urines dans la phtisie.

Dans la phtisie pulmonaire, la quantité des urines est légèrement augmentée dans la première période de la maladie ; elle est normale dans la deuxième et diminue pendant la troisième.

Les polyuries des phtisiques relèvent de plusieurs causes. Dans un quart des cas, elles sont en rapport avec la phosphaturie (polyuries phosphaturiques).

Dans d'autres cas, les polyuries des phtisiques sont liées à des affections rénales (néphrite caséeuse, néphrite mixte, dégénérescence amyloïde).

Les polyuries plus rares sont dues à l'azoturie, à la tuberculose des méninges de la base.

Enfin un certain nombre de polyuries paraissent survenir sans cause appréciable (polyurie simple des tuberculeux).

La polyurie phosphaturique se montre au début de la phtisie. Les autres surviennent à une époque généralement avancée de son évolution.

Il existe une polyurie qui se montre parfois avant toute manifestation de la tuberculose. Cette polyurie prétuberculeuse peut être phosphaturique, mais elle est le plus souvent simplement hydrurique.

En dehors de ces polyuries à caractère permanent, on peut observer dans la phtisie des polyuries transitoires, qui paraissent être réactionnelles et comporter un pronostic relativement favorable.

L'oligurie, dans la phtisie, dépend souvent de conditions accidentelles (diarrhée, sueurs, vomissements, abondance de l'expectoration). La fièvre, les complications inflammatoires, la méningite, la généralisation de la tuberculose, les hémoptysies en sont les causes habituelles. Elle est la règle dans la phtisie compliquée de tuberculose intestinale ou mésentérique.

L'anurie totale est exceptionnelle. Robin n'en connait qu'un cas.

RICHARDIÈRE.

**Crises gastriques du tabes. Urologie et chimisme stomacal, par CATHELINEAU** (*Archives gén. de méd.*, *avril 1894*).

Les travaux sur le trouble du chimisme stomacal dans les crises gastriques du tabes ont donné jusqu'à ce jour des résultats discordants.

Les analyses faites par Cathelineau du suc gastrique d'un tabétique atteint de crises gastriques lui ont montré la présence constante de l'acide chlorhydrique libre dans les matières vomies. Le chimisme stomacal du malade qu'il a observé devait être rangé parmi les hyperpepsies quantitatives avec fermentation acide. RICHARDIÈRE.

**On the absorption of iron in the animal body, par A.-B. MACALLUM** (*The Journ. of physiol.*, *XVI*, *p. 268*, *avril 1894*).

Les composés inorganiques du fer administrés à des cobayes et à d'autres animaux sont absorbés par la muqueuse intestinale dans des proportions qui varient avec la nature du composé et sa quantité. Quand la dose est faible, l'absorption s'accomplit dans le duodenum et les parties voisines ; quand la quantité est grande, l'absorption embrasse la totalité du petit intestin. Dans le premier cas, il y a précipitation du fer à l'état

d'hydroxyde par le mélange : bile, chyme, suc pancréatique. Dans le second cas, l'excès du sel de fer détruit d'abord l'alcalinité de ces fluides, et le reste est absorbé. DASTRE.

**Zur Ptyalinogenfrage, par J.-W. WARREN, d'après les expériences de Mlle Latimer** (*Centr. f. Physiologie, VIII, p. 211, 1894*).

L'eau chloroformée est un excellent liquide pour extraire le ferment diastasique des glandes salivaires (du lapin par exemple).

Les glandes salivaires privées de ptyaline par extraction répétée au moyen d'eau chloroformée (ou de solution de fluorure de sodium à 1 0/0) ou celles qui naturellement n'en contiennent pas (mouton par exemple), fournissent, quand on les traite par l'acide acétique dilué, un extrait, qui, après neutralisation, présente des propriétés amylotiques manifestes. L'acide acétique semble donc transformer en ferment une substance ptyalinogène. LÉON FREDERICQ.

**Neue Versuche zur Bestimmung..... (Détermination nouvelle de la capacité respiratoire de l'hémoglobine), par G. HUEFNER** (*Archiv f. Physiol., p. 120, 1894*).

Bohr a affirmé récemment l'existence de plusieurs espèces d'hémoglobine à capacité respiratoire différente pour l'oxygène et existant simultanément dans le sang. G. Hüfner a voulu vérifier l'exactitude des affirmations de Bohr. Il arrive, au contraire, aux résultats suivants :

1. — Dans le sang de bœuf normal, il n'y a qu'une seule espèce d'hémoglobine, à poids moléculaire constant, car :

*a*) Le spectre du sang de bœuf frais dilué avec 150 volumes d'une solution de soude au millième est exactement le même (examen spectrophotométrique) que celui d'une solution d'hémoglobine cristallisée de bœuf d'égale concentration, examinée dans le même liquide ;

*b*) La capacité d'absorption pour l'oxyde de carbone est la même, que l'hémoglobine ait été préparée au moyen de globules dissous directement ou au moyen de cristaux redissous.

2. — 1 gramme d'hémoglobine absorbe 1,338 centimètres cubes d'oxyde de carbone (à 0° et 760mm de pression).

3. — La teneur en fer de l'hémoglobine est = 0.336 0/0, d'où se déduit un poids moléculaire minimum de 16.669. La capacité pour l'oxygène et l'oxyde de carbone qui se déduit de cette valeur est 1,34 centimètre cube par gramme d'hémoglobine.

Hüfner admet que Bohr a travaillé avec de l'hémoglobine plus ou moins souillée de méthémoglobine. LÉON FREDERICQ.

**Note on the chemistry of muscle, par Arthur WHITFIELD** (*The Journ. of physiol., XVI, p. 589, 1894*).

Divers observateurs ont démontré que la nucléo-albumine était le plus important des protéides fournis par beaucoup de tissus (glandes lymphatiques, thymus, foie, rein, testicule). Le muscle en contient-il ? Kossel (1886) n'a pu obtenir d'adénine (base dérivée de la nucléine) au moyen du muscle. L'auteur reprend ce problème sous la direction d'Halliburton. La myosine n'est pas une nucléo-albumine parce qu'elle ne contient pas de quantité appréciable de phosphore ; parce que la digestion gastrique ne

fournit qu'un résidu insignifiant et d'ailleurs non phosphoré ; parce que, injectée dans les vaisseaux d'un lapin, elle ne produit pas de coagulation intra-vasculaire. Le muscle ne contient pas de nucléo-albumine, car après digestion gastrique, il ne laisse qu'un résidu insignifiant et non phosphoré. Il n'y a ni protéoses, ni peptones. DASTRE.

**Beiträge zum Chemismus des Glaskörpers und des Humor aqueus, par W. PAUTZ** (*Zeit. f. Biologie, XXXI, p, 212, 1894*).

Démonstration de l'existence de l'urée, de la dextrose et de l'acide paralactique dans le corps vitré et l'humeur aqueuse de l'œil du bœuf. Renseignements bibliographiques détaillés. LÉON FREDERICQ.

**The ground substance of connective tissue, par R. YOUNG** (*The Journ. of physiol., p. 325, 1894*).

L'auteur a entrepris, sous la direction de Halliburton, une étude de la substance fondamentale du tissu conjonctif telle qu'elle se rencontre en grande quantité dans l'humeur vitrée et la gelée de Wharton où les éléments figurés sont peu abondants. Les résultats généraux de cette étude sont les suivants : L'humeur vitrée contient de la mucine, probablement à l'état de mucinogène et en petite quantité. Cette mucine est nettement soluble dans un excès d'acide acétique fort, mais d'ailleurs a toutes les réactions de la mucine typique. L'humeur vitrée est extrêmement pauvre en corps solides (moins de 1 0/0). Elle présente une grande résistance à l'action des sucs digestifs ainsi qu'à la putréfaction. Les prétendues membranes de l'humeur vitrée fournissent seulement de faibles quantités de gélatine. La mucine vitrée, lorsqu'elle est bouillie avec les acides minéraux dilués, leur cède un corps réducteur et de l'acide albuminé. L'humeur vitrée contient, à côté de la mucine, des petites quantités de deux autres protéides : une globuline coagulant à 75° C. et une albumine coagulant vers 80°. On peut extraire de la gelée de Wharton de grandes quantités de mucine sous deux formes, l'une soluble, l'autre insoluble dans un excès d'acide acétique (funis mucine). Cette dernière a une forte réaction acide, elle se colore par exposition à l'air, elle donne les caractères ordinaires des protéides. Elle ne contient pas de phosphore et son soufre n'est pas engagé dans une combinaison éthérée comme c'est le cas pour la chondro-mucine. Lorsqu'elle est chauffée avec les acides minéraux dilués elle leur cède de l'albumine, un corps analogue à l'albumose et une substance réductrice. La gelée de Wharton contient deux protéides : une globuline coagulant à 56° et probablement analogue à la myosine que l'on a décrite dans d'autres variétés de tissu conjonctif et une albumine coagulant à 84°. Le corps réducteur ou gummose donne les réactions de Fehling et de Trommer, mais non la réaction de Barfoed. Il fournit un composé brun amorphe avec la phénylhydrazine. La funis-mucine n'est pas digérée par le suc gastrique artificiel, elle l'est rapidement par le suc pancréatique et les produits sont probablement de véritables mucin-albumoses et mucin-peptones, c'est-à-dire qu'ils cèdent une substance réductrice lorsqu'on les chauffe avec les acides minéraux dilués. La pyrocatéchine n'est pas un des produits de décomposition de la funis-mucine chauffée avec les alcalis

forts, comme Obolenski l'a vu pour la mucine sous-maxillaire ; ici il n'y a que de l'indol et du scatol sans traces de pyrocatéchine. DASTRE.

**De la formation d'urée dans le foie après la mort, par Charles RICHET** (*C. R. Acad. des Sciences, 21 mai 1894*).

Claude Bernard, dans sa célèbre expérience du foie lavé, a montré que la formation du sucre aux dépens du glycogène hépatique se continue pendant plusieurs heures dans le foie retiré du corps. Dans des expériences analogues à celle du foie lavé (sur le foie enlevé à l'animal sacrifié par hémorragie, on fait passer par la veine porte une solution stérilisée de chlorure de sodium), Ch. Richet a constaté de même qu'il se forme dans le foie une quantité d'urée relativement considérable ($0^{gr},7$ par kilogramme, en 24 heures). Cette action uropoiétique est due à un ferment soluble. M. DUVAL.

**Contributo sperimentale alla genesi dell' urobilina nei liquidi cistici transudati ed essudati, par G. AJELLO** (*Il Morgagni, p. 722, décembre 1893*).

L'auteur, après avoir constaté la présence de l'urobiline dans un grand nombre de liquides kystiques, dans le liquide de l'ascite, dans les exsudats pleuraux et péritonéaux, a recherché la présence de cette substance dans le sang extrait des vaisseaux et ne l'a pas constatée dans le sang conservé à la température de 15° pendant deux jours ; le sang maintenu à 37° dans l'étuve renferme de l'urobiline au bout de 48 heures au plus. Il conclut de ces recherches que l'urobiline résulte des transformations chimiques qui se produisent dans le sang après son mélange avec les liquides pathologiques, où il cesse de vivre. GEORGES THIBIERGE.

**Ueber die Bestimmung der Harnsäure und der Xanthinkörper im Harn (Sur le dosage de l'acide urique et des bases xanthiques dans les urines), par E. SALKOWSKI** (*Centr. f. med. Wiss., p. 514, 1894*).

Les bases xanthiques de l'urine représentent environ la dixième partie de l'acide urique. L'auteur décrit un procédé pour les préparer et les séparer de l'acide urique. Le précipité argentique d'acide urique et de bases xanthiques obtenu après l'action du mélange magnésique est décomposé par $H_2S$, sans addition de HCl, le filtrat est évaporé à sec et le résidu épuisé par l'acide sulfurique dilué. Les bases xanthiques passent en solution tandis que l'acide urique reste à l'état insoluble.

LÉON FREDERICQ.

**Die Stickstoffbestimmung im Harn nach Schneider-Seegen (La détermination de l'azote dans l'urine, d'après Schneider-Seegen), par Fritz VOIT** (*Zeit. f. Biologie, XXXI, p. 168, 1894*).

L'urine mélangée de chaux sodée est chauffée à une haute température dans un petit matras spécial en verre peu fusible. L'ammoniaque qui se dégage est recueillie dans un petit appareil contenant de l'acide sulfurique. L'opération dure un peu plus d'une heure, elle ne demande à être surveillée qu'au début et à la fin. Les résultats sont aussi exacts que par la méthode de Kjeldahl. Pour les détails de la manipulation, voir l'ori-

ginal. On y trouve également la description d'une pipette spéciale destinée à mesurer très exactement le volume d'urine à analyser.

LÉON FREDERICQ.

**On the proteid and the head-coagulation of egg-white, par R. HEWLETT** (*Proceed. of the physiological Soc., 12 mars 1894, The Journ. of physiol., XVI*).

On a décrit dans le blanc d'œuf une globuline et des albumines. La prétendue globuline est en petite quantité. Elle est précipitée en acidifiant, par dialyse, par saturation avec les sels neutres. Le précipité formé par l'acide ne tend pas à se redissoudre sous l'influence d'un excès. C'est un corps visqueux qui est cause de la difficulté de filtration du blanc d'œuf. La globuline précipitée se dissout difficilement dans les solutions salines diluées, plus rapidement dans le carbonate de soude à 1 0/0. La digestion gastrique laisse un résidu considérable ressemblant à la nucléine, insoluble dans les acides, solubles dans les alcalis, précipitable de ces dernières solutions par acidification. Cette globuline est en réalité très ressemblante à une nucléo-albumine. Quant aux albumines, Gautier a établi qu'il y en avait deux, coagulant à 63 et 74°. Béchamp la considère comme un mélange, Corin et Bérard en distinguent trois. Ces corps se comportent différemment avec les acétates ordinaire et basique de plomb. Les albumines coagulant à 61° sont coagulées par l'acétate tribasique, celles qui coagulent à 70° précipitent par les deux acétates.

Le thymol et le camphre coagulent l'albumine à 37° et en quelques jours à la température ordinaire. Une forte solution de peptone commerciale précipite de même par le thymol à 37°. Le pouvoir coagulateur de ces substances est d'autant plus considérable que la température est plus élevée. Si l'on acidifie les solutions de blanc d'œuf comme le conseille Halliburton, il ne s'y développe point de bactéries. Ces solutions acides coagulant à 53°-55° et sans antiseptiques restent limpides pendant 2 à 10 jours, puis opalescentes et précipitent enfin. Une solution de protéide maintenue longtemps au dessous de son point de coagulation finit par coaguler.

DASTRE.

**On the proteolysis of cristallised globulin, par R.-H. CHITTENDEN et L. MENDEL** (*The Journ. of physiol., XVII, p. 48, 1894*).

La distinction des protéoses et des peptones est fondée sur l'emploi du sulfate d'ammoniaque, mais les deutéro-protéoses se comportent presque comme les peptones et sont difficiles à en séparer par ce moyen. Il faut, selon Kühne, faire varier la réaction de la liqueur bouillante, de l'alcalinité à l'acidité. Les peptones sont formées par hydratation et clivage avec abaissement du pourcentage de carbone. Les auteurs se sont proposés de préparer une peptone absolument débarrassée de protéoses et de fixer la teneur en carbone de ces différents produits. Osborne a indiqué la manière de préparer une globuline cristallisée (phyto-vitelline) : celle du chènevis. On chauffe à 60° un kilogramme de graines de chènevis dans 4 litres de solution à 5 0/0 de NaCl. La solution refroidie laisse déposer des cristaux. On peut en obtenir ainsi 80 à 85 grammes. Ses solutions dans le chlorure de sodium sont précipitables par le sulfate de magnésie, le sulfate d'ammonium et non par le chlorure de soduim à saturation ;

elles donnent la réaction du biuret, avec coloration violette, coagulent partiellement à l'ébullition et complètement en liqueur acidifiée par l'acide acétique. La composition de ce corps est la suivante :

$$C = 51.63 ; H = 6.90 ; Az = 18.78 ; S = 0.90 ; O = 21.79$$

Cette substance a été digérée avec la pepsine chlorhydrique. On obtient d'abord un résidu, précipité insoluble dans l'eau et les acides, soluble dans les alcalis dilués, résistant à la protéolyse peptique, digéré par le suc pancréatique : c'est l'antialbumide ou antivitellide.

En second lieu, on obtient par le sulfate d'ammonium bouillant, additionné d'abord d'ammoniaque et carbonate d'ammoniaque, plus tard d'acide acétique, un précipité de protéoses, vitelloses. La saturation par le chlorure de sodium donne un précipité qui, dissous dans l'eau et dialysé, donne la protovitellose, et un dépôt dans le dialyseur, formé d'hétérovitellose. On prépare encore une deutérovitellose, puis on reprend la liqueur peptonique : amphopeptones et peptones. L'acide trichloracétique qui précipite les protéoses à l'exclusion des peptones, y décèle encore des impuretés. En résumé, on a obtenu 38 0/0 de vitelloses et 62 0/0 de peptones après 72 heures, et après 10 jours 23 0/0 de protéoses et 77 de peptones. DASTRE.

**On nucleoalbumins, par W. HALLIBURTON et T. BRODIE** (*Proceedings of the physiological Soc., 10 mars 1894, The Journ. of physiol., XVI*).

Les nucléo-albumines peuvent être préparées par deux méthodes, celle de Wooldridge et celle d'Halliburton. Celle de Wooldridge consiste à faire macérer 24 heures dans l'eau distillée, à décanter et à traiter par l'acide acétique faible. Après 24 heures, un précipité floconneux se sépare et tombe au fond du vase. On le lave par décantation et on le rassemble sur un filtre. On le soumet à la digestion gastrique. On a, après quelques jours, un résidu de nucléine riche en phosphore, soluble dans les alcalis dilués, reprécipité par l'acide acétique. La méthode d'Halliburton, ou procédé au chlorure de sodium, consiste à piler dans un mortier le tissu avec égale quantité de chlorure de sodium ; on ajoute une petite quantité d'eau distillée ; après quelque temps de mélange, on verse dans une grande quantité d'eau distillée, les morceaux de tissu tombent au fond, la nucléo-albumine flotte, on la recueille. La nucléo-albumine, qui a beaucoup de rapports avec la mucine, s'en distingue en ce que celle-ci est un glucoside, composée d'un protéide et d'un hydrate de carbone (gomme animale) et qu'en la faisant bouillir avec l'acide sulfurique dilué, on obtient un sucre réducteur. Ces nucléo-albumines produisent une coagulation intra-vasculaire. Elles perdent ce pouvoir à la suite d'une série de solutions dans le carbonate de soude et de reprécipitations par l'acide acétique ou de traitements répétés par l'eau et le chlorure de sodium. Cette perte est due à la disparition de la nucléine. DASTRE.

**Ueber aschfreis Eiweis (Sur l'albumine dépourvue de cendres), par K. BUELOW** (*Archiv f. die ges. Physiol., LVIII, p. 207, 1894*).

La méthode de Harnack pour la préparation d'une albumine ne laissant

pas de cendres donne naissance en réalité à plusieurs espèces d'albumines qui présentent quelques caractères différentiels. L'albumine complètement pure est insoluble dans l'eau : elle s'unit aussi bien avec les acides et avec les bases, à la façon des acides amidés, de manière à former des sels solubles. Les solutions acides sont très sensibles à l'action des sels neutres. Le moindre excès provoque la séparation de l'albumine. Les solutions alcalines, qui se font d'ailleurs en deux proportions, sont indifférentes aux sels. Le pouvoir salifiant des sels alcalins croît des chlorures aux sulfates, puis aux nitrates. Le pouvoir rotatoire de l'albumine dépend de sa teneur en impuretés. DASTRE.

---

# ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

**Der Krebserreger (La cause du cancer), par M. von NIESSEN** (*Centralbl. für med Wiss., p. 370, 1894*).

L'auteur a trouvé dans le sang d'une femme opérée de cancer de l'utérus un microorganisme qui lui a fourni des cultures dans lesquelles se trouvaient des groupes de cellules rappelant les nids de cellules épithéliales du carcinome. Il considère ce microorganisme comme la cause du cancer et l'a appelé *cladosporium cancerogenes* ou par abréviations *cancero-myces*. L. F.

**Carcinom und Tuberculose, par RIBBERT** (*Münch. med. Wochens., n° 17, p. 421, 1894*).

Ribbert admet dans certains cas l'existence d'un rapport de causalité entre la tuberculose et le cancer. Le tubercule sur les muqueuses est susceptible de faire naître la prolifération conjonctive sous-épithéliale, par lui décrite et qu'il considère comme la cause de la formation du cancer. C'est une cause irritative qui n'agit que comme le font, dans d'autres cas, des causes irritatives banales. C. LUZET.

**Contribution à l'étude de la pathogénie des cancers, par E. CASTUEIL** (*Thèse de Paris, n° 133, 1894*).

Après avoir classé, exposé et discuté les théories émises sur la nature des cancers, l'auteur conclut qu'il s'agit d'une maladie infectieuse dont le parasite est encore inconnu ; ses symptômes infectieux seraient dus à ce parasite problématique ou à ses toxines. Castueil établit entre l'action des parasites et celles de leurs toxines une distinction qu'on ne peut guère comprendre, et dont il a vraisemblablement une conception mal définie : il paraît croire que certains microbes agissent par eux-mêmes, d'autres par leurs toxines, ce qui ne se conçoit guère.

Il fait trop bon marché de l'opinion de Brault, de Bard et d'autres au-

teurs encore qui considèrent la cellule comme pouvant devenir l'élément infectieux sans qu'il soit besoin d'invoquer la présence de microbes.

Castueil reconnaît d'ailleurs qu'aucun des parasites décrits jusqu'à présent ne doit être accepté comme le microbe pathogène du cancer. Il aurait été intéressant que l'auteur apportât une contribution vraiment personnelle à l'étude du cancer qu'il considère comme une maladie microbienne à laquelle il ne manque que le microbe. E. MOSNY.

**I. — Pathogénie du sarcome, par MOTY** (*8e Congrès franç. de chir., Bull. méd, 14 octobre 1894*).

**II. — Leucoplasie et épithélioma, par LE DENTU** (*Ibid.*).

I. — Sur 11 cas de sarcome ou de tumeurs analogues, Moty a trouvé 10 fois, dans le sang pris au doigt de l'annulaire, un microcoque très petit, de préférence anaérobie. En le cultivant on constate qu'il se developpe sous la forme d'une bande étroite pointillée ou finement festonnée et entourée de quelques petites colonies isolées. Le sang devient stérile au bout d'un mois, lorsque les malades sont soumis à l'usage interne de l'arséniate de soude.

II. — La leucoplasie linguale n'est, au début, qu'une dégénérescence cornée de l'épithélium ; secondairement il se produit une sclérose du derme avec atrophie des vaisseaux et plus tard apparaissent, sous les papilles hypertrophiées, des traînées de cellules cancéreuses ; ce fait se produit ordinairement à la suite d'une ulcération ou d'une fissure de la plaque leucoplasique.

La leucoplasie crée donc une prédisposition à l'épithélioma, d'où le précepte d'opérer vite et radicalement la dégénérescence cornée. Néanmoins, les suites sont variables ; quelquefois la récidive se montre rapidement sous forme de cancer malin ; le plus souvent ce n'est qu'au bout d'un certain nombre d'années qu'elle apparaît ; il semble donc que l'épithélioma greffé sur une leucoplasie est moins malin que l'épithélioma primitif. OZENNE.

**Protozoaires et carcinome, par I. ADLER** (*The Amer. j. of the med. sc., p. 63, janvier 1894*).

L'existence de protozoaires parasites dans le cancer est probable, mais la plus grande partie de ceux qui ont été décrits comme tels ne doivent certainement pas être acceptés. L'élément spécifique, constant, n'a pu être encore démontré et par suite enlever toute possibilité de doute ; jusqu'à ce jour aucun fait, histologique ou autre, n'affirme l'origine parasitaire du cancer, il y a par contre de nombreux et sérieux arguments contre cette opinion. F. VERCHÈRE.

**Recherches expérimentales sur la transmissibilité de certains néoplasmes, par MORAU** (*Arch. de méd. exp., VI, 5*).

Les épithéliomas cylindriques de la souris blanche sont inoculables par greffe à des animaux de la même espèce. La disposition héréditaire joue un rôle considérable dans le développement de ces néoplasmes, et prépare un terrain éminemment favorable pour leur évolution. Celle-ci

est très accélérée par la gestation. Les tumeurs cancéreuses de la souris blanche, développées à la suite d'inoculation, peuvent se généraliser, et la généralisation est hâtée par un traumatisme quelconque.

Ces néoplasmes possèdent une virulence variable, mais qui peut suffire à amener la déchéance de l'organisme. La virulence s'affaiblit, et l'inoculabilité devient moins possible à mesure que les tumeurs évoluent dans des organismes nouveaux de même espèce. Il n'y a pas de microbes, si le cancer n'est pas ulcéré; dans le cas contraire, on trouve toutes les bactéries de la suppuration. GIRODE.

**Transmission aux animaux du cancer de l'homme, par BOINET** (*Marseille méd., n° 13, p. 493, 1894*).

Sur 40 inoculations intra-péritonéales pratiquées de préférence sur le rat, la généralisation du cancer ne s'est produite qu'une fois; un mois après son inoculation le rat a été pris de paraplégie, et il a succombé huit jours plus tard, présentant des lésions cancéreuses du foie et surtout de la colonne vertébrale; ces lésions secondaires présentaient les mêmes cellules que la tumeur humaine (cancer de la verge). Une quinzaine d'inoculations sous-cutanées, dans les glandes, sous les muqueuses n'ont pas donné de résultats.

L'injection du suc de lymphosarcome du testicule a déterminé une fois sous la peau d'un lapin, une fois dans la plèvre d'un rat, la production d'un noyau cancéreux. LEFLAIVE.

**On the destination of the antero-lateral ascending tract, par HOWARD H. TOOTH** (*Brain, LXIII et LXIV, p. 397*).

Tooth publie un examen détaillé de la moelle et des centres nerveux qui confirme les recherches de Mott sur le trajet de la dégénérescence ascendante consécutive à la destruction du cordon antéro-latéral de la moelle. Son expérience a été faite sur un singe; la section superficielle du bulbe à sa partie antéro-latérale a été pratiquée *aseptiquement;* l'animal a été sacrifié 3 jours plus tard, les pièces durcies dans le liquide de Müller et colorées par la méthode de Pal. Voici le trajet des lésions dégénératives constatées :

1° Au niveau de la 1re vertèbre cervicale la lésion comprend le tractus cérébelleux direct et le tractus antéro-latéral;

2° Au niveau de l'olive inférieure, zone de dégénérescence très mince étalée à la périphérie de la partie externe des origines de la 5e paire;

3° Au niveau des radicules inférieurs de la 12e paire, la zone dégénérée se partage en deux bandes, séparées par les fibres arciformes : la portion dorsale située en dehors du faisceau cunéiforme; la ventrale, en dehors du noyau latéral : la première représente le faisceau cérébelleux direct, la seconde, le faisceau antéro-latéral.

4° Au niveau de l'extrémité supérieure de l'olive, le faisceau cérébelleux occupe le tiers dorsal du corps restiforme : le faisceau antéro-latéral ne change pas de situation.

Dans la protubérance, les deux faisceaux s'écartent beaucoup l'un de l'autre et sont séparés par les fibres du corps restiforme et les origines

des nerfs craniens, notamment de la 6e et de la 7e paires, et même de la 5e.

A la partie supérieure de la protubérance, les deux faisceaux dégénérés se rejoignent et s'accolent l'un à l'autre au niveau du point d'émergence de la 4e paire. H. R.

**Contribution à l'étude des lésions systématiques dans les faisceaux blancs de la moelle épinière, par A. GOMBAULT et PHILIPPE** (*Arch. de méd. exp., VI, 4*).

La constitution des cordons de la moelle est loin d'être la même sur toute la hauteur de l'organe. Ainsi la zone médiane du cordon postérieur comprend des fibres descendantes dans le cône terminal, à la région lombo-dorsale un faisceau ascendant qui repousse en avant puis de côté les fibres précédentes, enfin à la région dorso-cervicale exclusivement des fibres ascendantes. En somme la direction ascendante prédomine ; c'est bien là un territoire spécial, le cordon de Goll. Mais ce cordon n'est pas une unité anatomique ; ses fibres ne se développent pas simultanément, n'ont pas la même provenance, ni la même terminaison (fibres radiculaires longues et moyennes, fibres commissurales ascendantes). De plus les fibres ascendantes des racines postérieures cervicales ne lui appartiennent pas, mais occupent la zone latérale. Plus bas les mêmes fibres ne font que traverser la zone latérale sans y former de faisceau compact ; on trouve ici un faisceau de fibres commissurales descendantes (virgule de Schultze), qui manque dans les régions inférieures.

Dans le cordon antéro-latéral, le faisceau de Gowers lésé dégénère au-dessous comme au-dessus du foyer. La sclérose descendante n'est pas très étendue en hauteur. La région du faisceau de Gowers a certainement d'importantes connexions avec la substance grise, surtout des cornes antérieures. Ce qui est surtout à remarquer, c'est que le faisceau pyramidal, qui subit normalement la sclérose descendante, peut être envahi par une dégénération ascendante ou rétrograde, distincte de la dégénérescence wallérienne classique. Cette sclérose rétrograde commence tard, évolue lentement, décroît vite par en haut, est d'abord péri-axile, et détruit les gaines de myéline bien avant que les cylindres-axes soient altérés. On peut admettre que cette dégénération rétrograde, au lieu de résulter d'un trouble trophique, tient à l'irritation et l'inflammation de quelques fibres au niveau du foyer morbide. GIRODE.

**I. — Degeneration consequent on experimental lesions of the cerebellum, par J.-S. RISIEN RUSSELL** (*Brit. med. Journ., p. 640, 22 septembre 1894*).

**II. — Idem, par Alfred CAMPBELL** (*Ibid.. p. 641*).

I. — Après ablation d'un lobe latéral du cervelet, tous les pédoncules cérébelleux du côté correspondant à la lésion contiennent des fibres dégénérées : de plus, du côté opposé, le pédoncule cérébelleux supérieur présente des fibres en dégénération : les pédoncules moyens et inférieurs restant intacts.

Les fibres dégénérées du pédoncule supérieur correspondant à l'hémisphère lésé se rendent à la couche optique, où elles se terminent, après s'être décussées, dans la région des tubercules quadrijumeaux postérieurs.

Les fibres dégénérées du pédoncule moyen peuvent être suivies jus-

qu'aux centres de substance grise qui occupent le côté opposé de la protubérance. Bien qu'elles traversent les faisceaux pyramidaux, il n'est pas certain qu'elles accompagnent les fibres pyramidales soit en haut soit en bas.

Les fibres dégénérées du pédoncule inférieur occupent la périphérie de la région latérale du bulbe, et ne dépassent guère le niveau supérieur de la décussation des faisceaux pyramidaux.

L'ablation du lobe médian du cervelet est suivie de la dégénération de tous les pédoncules cérébelleux.

II. — Les recherches cliniques de Campbell confirment les investigations expérimentales de Russell. Voici le résultat de quatre autopsies où les résultats ont eu la netteté d'une expérience.

1° Thrombose de l'artère cérébelleuse gauche postérieure et inférieure, chez une femme de 62 ans. Ramollissement de l'hémisphère gauche du cervelet, ainsi que du vermis inférieur. Il existe une dégénération du pédoncule cérébelleux moyen correspondant, ainsi que du pédoncule inférieur. Dans la moelle, dégénération du tractus cérébelleux direct, et du cordon ascendant antéro-latéral, jusqu'à leur terminaison ;

2° Ramollissement de la surface supérieure de l'hémisphère gauche du cervelet, chez un homme de 73 ans atteint d'ataxie des mouvements. Dégénération du pédoncule cérébelleux supérieur gauche, que l'on suit jusqu'au noyau rouge du côté opposé. Fibres également dégénérées vers le pédoncule moyen gauche, aboutissant au corps restiforme correspondant, et, de là, descendant vers le cordon postéro-externe de la moelle jusqu'au voisinage de la 5e vertèbre dorsale ;

3° Sclérose en plaques du cervelet, plus prononcée à droite. Dégénérescence des pédoncules cérébelleux supérieurs aboutissant, comme précédemment, aux corps restiformes et aux tractus cérébelleux directs intra-spinaux.

Dans l'observation 4 et 5, il y avait une lésion limitée exclusivement au corps denté ; on constata dans les deux cas une dégénération du pédoncule cérébelleux supérieur, et des fibres que l'on pouvait suivre vers le corps restiforme. H. R.

**Sur un cas d'anencéphalie avec amyélie totale et autres anomalies constitutionnelles, par F.-G. GADE** (*Norsk. Mag.*, *août*, *1894*).

Cas typique d'anencéphalie avec amyélie. Il y a, en outre, microphtalmie double, soudure des lèvres en bourrelet, lordose de la région lombaire avec atrophie de plusieurs vertèbres, aplasie de la 12e paire costale, sternum bipartitum, pied-bot valgus, soudure des deux reins placés à la hauteur du promontoire, luxation du gros intestin, atrésie de l'anus.

Le fœtus a un développement de 7 mois. La mère a déjà accouché antérieurement de deux fœtus anencéphales.

Le microscope montre que les masses situées à la base du crâne sont exemptes d'éléments nerveux. Il y a des rudiments de l'hypophyse. Les cristallins oculaires font défaut, de même que tout le corps ciliaire avec l'iris et la couche ganglionnaire et fibreuse de la rétine. La rétine elle-même est bien développée. Un œil présente encore un colobome de la rétine et de la choroïde.

L'auteur admet une aplasie primitive avec affaiblissement de l'énergie formatrice et non une origine mécanique des malformations ; ces diverses anomalies semblent s'être développées indépendamment les unes des autres, pendant un laps de temps assez prolongé. H. FRENKEL.

**Sur l'incongruence entre les lésions des fibres radiculaires intra-médullaires et les lésions des troncs des racines, par Pierre MARIE** (*Soc. méd. des hôp., 20 juillet 1894*).

Marie admet comme incontestables les cas où les lésions des cordons postérieurs de la moelle sont notablement plus intenses que celles des troncs des racines postérieures, et il en donne des exemples chez des diphthéritiques. Il en trouve l'explication dans ce fait que le cylindraxe d'une fibre nerveuse n'est pas un organe simple mais un composé de fibrilles nerveuses, et que la nutrition de la gaine de myéline semble dépendre de l'état du cylindraxe inclus; ceci le conduit à penser qu'un cylindraxe dont un petit nombre de fibrilles nerveuses sont altérées, peut conserver sur la nutrition de la gaine de myéline une action suffisante pour empêcher la désintégration; si toutes ou presque toutes les fibrilles sont altérées, il perd cette action; or les fibres radiculaires intra-médullaires ont des cylindraxes composés d'un petit nombre de fibrilles, tandis que dans les troncs des racines les cylindraxes en renferment un bien plus grand nombre. Aussi la lésion de la myéline est bien plus facile à produire pour les fibres radiculaires que pour les racines. H. L.

**Sur les lésions spinales et ganglionnaires dans le choléra asiatique, par M. TOUVIME** (*Thèse de St-Pétersbourg, 1894*).

Le virus cholérique frappe la moelle épinière d'une façon à peu près égale dans toute sa longueur : ce sont les cellules nerveuses, les fibres de myéline et les vaisseaux qui sont atteints. Dans les cellules nerveuses, on trouve, en outre du trouble albumineux décrit par Ivanowski, encore du ratatinement du noyau, de la destruction du nucléole et de la vacuolisation du noyau. Le degré des lésions des cellules nerveuses dépend de leur constitution chimique et de leur fonction physiologique et non de leurs rapports avec les vaisseaux. Les lésions cellulaires sont le plus prononcées dans les cornes antérieures.

Dans les vaisseaux spinaux, il y a parfois de la dégénérescence hyaline et des déchirures avec hémorragie dans le voisinage. Les fibres de myéline sont peu altérées. L'infiltration granuleuse est plus prononcée dans les cas à évolution chronique. Les cellules des ganglions inter-vertébraux présentent les mêmes altérations que celles de la moelle; le nombre des cellules normales y est cependant plus grand que dans la moelle. L'auteur attribue la plupart des phénomènes du stade algide du choléra aux altérations du système nerveux, tandis que les signes prodromiques ressortiraient à l'irritation locale de l'intestin. H. FRENKEL.

**Zur Anatomie der Lungenentzündungen (Contribution à l'anatomie des pneumonies), par RIBBERT** (*Fortschr. der Med., n° 12, p. 371, 1894*).

Ribbert attire l'attention sur quelques points de l'anatomie pathologique des inflammations pulmonaires. La fibrine, dit-il, se rencontre en majeure quantité entre le bouchon alvéolaire, formé par l'épithélium desquamé et la paroi alvéolaire, sous forme de filaments coniques dont la base s'accole au bouchon et le sommet à la paroi des alvéoles, en sorte qu'il semble que, à la suite de la chute des plaques hyalines, le liquide

qui pénètre par les lacunes se coagule. Il existe ainsi un certain rapport entre la quantité des pneumocoques trouvés dans le poumon et la nature de l'exsudat. Plus celui-ci est riche en fibrine, moins il y a de coques; plus il est riche en cellules, plus les microcoques sont abondants; les coques se rencontrent en majeure partie dans le centre des alvéoles; ce fait est en rapport avec le mode d'introduction des microbes, qui se fait par inhalation et avec leur action, qui se passe tout d'abord sur les épithéliums. L'état anémique des poumons en hépatisation grise a une grande importance : car, en privant d'oxygène les leucocytes qui tendent à envelopper les pneumocoques, elle diminue la vitalité de ces cellules, tandis que les pneumocoques continuent à produire des toxines. C. LUZET.

**Zur Histologie der indurirenden fibrinösen Pneumonie, par ALDINGER** (*Münch. med. Woch.*, *n° 24*, *p. 471*, *1894*).

Les parois des bronchioles se mettent à proliférer et il en résulte l'organisation de l'exsudat fibrineux qui siège dans leur lumière; par suite de la formation de faisceaux conjonctifs et de vaisseaux qui pénètrent l'exsudat. En même temps, par prolifération du tissu péri-bronchique, le tissu conjonctif pénètre dans les alvéoles voisines. Dans les bronchioles, la prolifération suit une marche descendante, vers les parties plus profondes, pour, une fois arrivée dans les alvéoles, s'étendre plus loin par la voie des canalicules poraires (Porencanäle) vus par Kohn. C. LUZET.

**Two cases of rupture of the œsophagus, par WOLFF et PATEK** (*Med. news*, *p. 516*, *12 mai 1894*).

1° Un homme de 32 ans, en parfaite santé, après un repas très ordinaire, est pris tout à coup de sensation de plénitude au niveau de l'épigastre : attribuant ce malaise aux aliments qu'il avait ingérés quelques instants auparavant, le patient provoque un vomissement en s'introduisant un doigt dans le pharynx : tandis qu'il vomissait il ressentit une douleur très vive, et tomba sur le sol, où quelques instants après on le trouvait en collapsus, pâle, en sueur, souffrant beaucoup au niveau de l'estomac et de la colonne vertébrale dorsale. Survinrent de la dyspnée, des douleurs thoraciques, de la cyanose, de l'emphysème qui parut vers le cou et les clavicules, et le malade mourut deux heures après le début des accidents.

*Autopsie :* La cavité pleurale gauche est aux 2/3 pleine de liquide grumeleux, brun, dans lequel flottent des débris alimentaires : le poumon est complètement atélectasié.

Sur le côté gauche de l'extrémité cardiaque de l'œsophage, juste en avant du diaphragme, on trouve une déchirure longitudinale, de 1 pouce environ.

En ce point la membrane muqueuse de l'œsophage est normale, sans aucun signe d'ulcération, sans aucune trace de lésion.

La rupture paraît spontanée.

2° L'autre observation concerne un homme de 39 ans, atteint d'anévrisme de l'aorte : un anévrisme siégeait au niveau de l'arc de l'aorte, un second siégeait sur la portion descendante. Ce second anévrisme se rompit dans l'œsophage qu'il avait ulcéré : le patient mourut subitement.

Le point intéressant est que jamais le malade n'avait présenté de signes de compression de l'œsophage. MAUBRAC.

**Note sur l'anatomie pathologique de la gastrite muqueuse, par HAYEM** (*Soc. méd. des hôpitaux, 20 juillet 1894*).

Hayem décrit dans la transformation muqueuse consécutive aux gastrites mixtes une évolution en trois stades.

Le premier, stade d'ébauche, est caractérisé par le contraste existant entre l'appareil muqueux hyperplasié, et le système tubulaire des glandes anciennes en voie de segmentation et d'atrophie. Le second stade comprend le développement des glandes muqueuses, jusqu'à l'apparition d'un certain nombre de cellules caliciformes dans l'épithélium de la surface et des tubes glandulaires ; c'est pendant ce stade que l'on peut suivre le développement des bourgeons glandulaires nouveaux, la pénétration de ces bourgeons dans les espaces glandulaires devenus aréolaires de l'ancienne muqueuse, en un mot la substitution d'un système glandulaire néoformé au système primitif.

Enfin le troisième stade est caractérisé par l'hypertrophie des glandes nouvelles qui ont atteint leur entier développement, par la transformation muqueuse complète de ces glandes, et souvent aussi par la disparition des éléments glandulaires primitifs.

La transformation muqueuse peut se montrer indistinctement dans toutes les régions de l'estomac ; on peut souvent retrouver les trois stades sur le même estomac. Chimiquement elle correspond à l'hypopepsie intense et peut même aboutir à l'apepsie. H. L.

**Klinische und pathologish-anatomische Beiträge zur Cholera-Niere (Rein cholérique), par RUMPF et E. FRÄNKEL** (*Deut. Arch. f. klin. Med., LII, 1-2, p. 21*).

Dans la première période du choléra on note chez la plupart des malades un trouble de la sécrétion urinaire, consistant en une anurie de un à deux jours et en albuminurie consécutive. Les cas où ces symptômes font défaut ont en général un pronostic favorable. Au deuxième stade on peut noter encore tantôt de l'anurie ou une diminution de la sécrétion urinaire, tantôt de l'albuminurie. Il existe cependant des cas où la mort survient dans le coma sans autres complications, malgré une abondante excrétion d'urine, et réciproquement l'anurie et l'albuminurie de longue durée n'excluent pas la possibilité d'une guérison ; en somme la lésion du rein n'exprime qu'une infection cholérique plus ou moins grave et n'est pas la cause directe de la gravité de la maladie. Histologiquement on trouve dans le premier stade des lésions épithéliales, qui tout d'abord ne modifient pas l'aspect macroscopique du rein. On note des îlots disséminés, où il existe une forte tuméfaction des épithéliums des canalicules contournés. Ces cellules vont jusqu'à doubler de volume et quelques noyaux présentent les réactions de la nécrose. Ces lésions sont plus diffuses dans les reins pris au 2e ou 4e jour du choléra et déjà ces reins sont nettement tuméfiés et ont une teinte gris-rouge sale. Déjà des cylindres apparaissent dans les canalicules ; ils sont pour la plupart hyalins, quelques-uns à grosses granulations : c'est là le maximum de la lésion cholérique du rein. Plus tard on ne trouve plus que les résidus de l'inflammation (glomérules oblitérés, petites infiltrations de cellules entre les tubes. Vers le 18-28e jour la réparation est presque complète. Il n'y a pas de participation de l'appareil vasculaire, ni du tissu insterstitiel du rein. Rumpf et

Fränkel ne croient pas pouvoir expliquer ces lésions rénales par la perte d'eau, mais admettent l'influence des toxines ; car dans la fièvre typhoïde, où il n'y a pas, à proprement parler, de perte de liquide, les lésions rénales sont fort analogues à celles causées par le choléra. C. LUZET.

**Sur les lésions rénales dans la tuberculose, par PLETNER** (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1894*).

Les recherches anatomo-pathologiques de l'auteur sont basées sur 48 cas de tuberculose. Dans la tuberculose miliaire aiguë, les lésions rénales s'expriment, en outre de la dégénérescence granulo-graisseuse de l'épithélium canaliculaire, par de la desquamation épithéliale de la capsule de Bowman et du glomérule. Dans la tuberculose pulmonaire chronique, les lésions portent principalement sur les glomérules et la capsule de Bowman et se manifestent par de l'épaississement des parois glomérulaires et de la capsule, ainsi que par de la péricapsulite. La prolifération conjonctive localisée qu'on observe dans les reins des tuberculeux a pour point de départ la capsule de Bowman. La néphrite parenchymateuse ou interstitielle n'a aucun rapport avec le processus tuberculeux ; la néphrite interstitielle coïncide avec des lésions vasculaires et est due, probablement, à d'autres causes. H. FRENKEL.

**Action de quelques poisons du sang sur la rate, par PILLIET** (*Archives de méd. exp., VI, 6*).

La rate exerce une influence si considérable sur l'évolution du globule rouge, qu'on peut présumer l'existence de lésions spléniques importantes dans les intoxications par des poisons destructeurs de globules rouges. Si l'on empoisonne des chiens ou des lapins avec différents toxiques, ammoniaques composées, huile essentielle d'absinthe, huile d'aniline, nitrate d'urane, nitrite de soude, phosphore, etc., on pourra constater diverses altérations spléniques. Tantôt il s'agit d'hémorragies multiples et abondantes de la pulpe. Tantôt les cellules de la pulpe sont surchargées d'hémoglobine et en même temps on note la tuméfaction des corpuscules de Malpighi, ou leur atrophie dans les cas à évolution lente. Lorsque les animaux ont été lentement intoxiqués par des essences administrées par la voie gastrique, la pulpe est surchargée de blocs pigmentaires irréguliers. Il y a ici une usure fonctionnelle analogue à celle qu'engendre la sénilité. GIRODE.

**Monographie du chloroma, par LANG** (*Arch. de méd., novembre 1893, et janvier-février-mars 1894*).

Le choroma est un sarcome périostique métastasiant caractérisé par sa coloration verte.

Cette tumeur est surtout spéciale à l'enfance et à l'âge adulte.

L'étiologie, la morphologie, l'anatomie pathologique microscopique et micro-chimique surtout donnent à cette néoplasie une place spéciale dans le cadre des sarcomes. RICHARDIÈRE.

**Ueber die Centralfäden..... (Sur les filaments centraux des spirales de Curschmann), par H. RUGE** (*Archiv f. pathol. Anat., CXXXVI, 2*).

Les crachats expectorés par une personne atteinte d'asthme furent reçus dans une solution de sublimé, et, après lavage, déshydratés par l'alcool. Inclus dans la celloïdine et débités en coupes, ils présentèrent les formations connues sous le nom de spirales de Curschmann. Chaque spirale est constituée par un filament central entouré d'une gaine à disposition spiralée. Le filament central a une grande affinité pour les couleurs d'aniline (safranine, etc.). La gaine se teint à peine avec les mêmes réactifs colorants. Les spirales ont un diamètre trois fois plus fort que le filament central.

Ruge pense que le filament central est constitué par du mucus, qui prendrait naissance dans les dernières divisions bronchiques. Poussé plus loin, il subirait des mouvements qui le rouleraient en spirale, pendant que le mucus moins épais des grosses bronches l'envelopperait d'un manteau moins consistant. ÉD. RETTERER.

**Contribution à l'étude expérimentale des artérites infectieuses, par CROCQ** (*Arch. de méd. exp., VI, 4*).

L'inflammation aiguë proprement dite des artères ne peut résulter de l'action seule du traumatisme, et d'autre part, l'infection seule semble incapable de provoquer directement l'artérite aiguë. Cependant le bacille de l'endocardite découvert par Gilbert et Lion peut, dans des circonstances exceptionnelles, produire l'aortite aiguë infectieuse, en l'absence de toute altération préalable des vaisseaux. Ordinairement c'est la réunion des deux conditions pathogéniques, infection et lésion vasculaire, qui réalise l'artérite infectieuse. La lésion est tantôt un traumatisme, tantôt une altération antécédente irritative ou dystrophique. Il est probable que l'inflammation artérielle peut tenir, non pas seulement à l'implantation du mibrobe sur la paroi, mais à l'action des poisons microbiens.

GIRODE.

**Three specimens of tumors of the heart, par L. HEKTOEN** (*Med. News, 18 novembre 1893*).

1° Cancer du sein : dissémination générale : nodule dans la paroi du ventricule droit : l'infection paraît s'être produite par les artères coronaires.

2° Ostéosarcome à cellules fusiformes du tibia : noyau sarcomateux implanté sur l'endocarde du ventricule droit, remplissant presque totalement sa cavité, développé dans la direction de la moindre résistance, dans la cavité, et les trabécules musculaires.

3° Sarcome primitif à cellules rondes du péricarde viscéral, de la surface antérieure des ventricules. Absence d'hypertrophie et de dilatation du cœur, malgré la pression exercée par la tumeur et les adhérences péricardiques.

MAUBRAC.

**Variationen der Leukocytose, par GOLDSCHEIDER et JACOB** (*Zeitschr. f. klin. Med., XXV, p. 313*).

Le choc opératoire, le refroidissement, peut-être le seul attachement prolongé de l'animal, produisent l'hypoleucocytose. Les injections d'ex-

trait de rate, de thymus, de moelle osseuse augmentent ou diminuent la leucocytose ; les injections d'extrait de corps thyroïde, de foie, de rein, de pancréas sont sans action. En faisant des injections répétées et peu distantes d'une de ces substances actives à doses faibles on peut éviter presque complètement la période d'hypoleucocytose et arriver presque d'emblée à une hyperleucocytose très marquée.

L'examen des différents organes dans ces expériences a montré, que l'hypoleucocytose était due non à une destruction des globules blancs mais à leur fixation dans les capillaires et les petits vaisseaux des organes ; 2° que l'hyperleucocytose était due à une circulation plus active dans ces mêmes vaisseaux. A.-F. PLICQUE.

**Sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de la tuberculose mammaire de la femme, par SABRAZÈS et BINAUD** (*Arch. de méd. exp.*, *VI*, *6*).

La tuberculose mammaire peut se développer par des mécanismes variés. Il est vraisemblable que le germe tuberculeux peut pénétrer de dehors en dedans les conduits galactophores et créer une tuberculose endo-canaliculaire conforme à la loi générale des infections mammaires ou des infections glandulaires ascendantes. D'autre part, au voisinage d'une tuberculose costale ou de toute autre lésion bacillaire, le rein peut être envahi par continuité.

Mais l'infection peut à coup sûr se faire suivant le mécanisme hématogène ou lymphatique, surtout lorsqu'un traumatisme intervient. Ceci suppose l'existence d'un foyer tuberculeux latent révélé à l'occasion du traumatisme. C'est un fait de ce genre que les auteurs ont observé chez une femme vierge de trente ans, chez laquelle se développait trois mois après un coup violent, une mammite tuberculeuse, bientôt abcédée et ouverte, et ayant nécessité l'extirpation du sein. A l'examen histologique, on notait des formations tuberculeuses étendues, de nombreux bacilles dans la membrane pyogénique, une assez grande intégrité des voies vasculaires, enfin l'indépendance complète des formations tuberculeuses et des cellules géantes par rapport aux acini glandulaires et leurs épithéliums. GIRODE.

**Étude sur les lésions diffuses des membres dans la tuberculose articulaire, par PILLIET** (*Arch. de méd. exp.*, *VI*, *5*).

Dans un membre atteint de tuberculose, les lésions remontent à une distance souvent fort étendue du point plus objectivement malade. Tous les tissus de la région sont malades. Les altérations se montrent sous deux formes : la sclérose ou myxo-sclérose inflammatoire, et l'adipose inflammatoire, celle-ci traduisant surtout la tendance dégénérative, celle-là marquant plutôt les types atténués. Du reste, on trouve ici comme dans le foie, le poumon, les viscères en général, toutes les modalités de l'affection tuberculeuse, lésions nodulaires, lésions diffuses, scléro-tuberculose, dégénérescence graisseuse provoquée sans doute par les toxines sécrétées dans les nodules voisins. La considération de ces faits est importante pour guider l'intervention opératoire et le pronostic d'avenir à la suite des affections tuberculeuses des membres. GIRODE.

# PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

**Die trophischen Eigenschaften der Nerven, par Justus GAULE** (*Berlin. klin. Woch., n° 44, p. 1065, et n° 45, p. 1099, 30 octobre et 6 novembre 1893*).

Gaule poursuit (*R. S. M.*, XXXIX, 426 et XL, 16) ses expériences tendant à établir que les propriétés trophiques ne sont pas dues à une espèce spéciale de nerfs, mais qu'elles sont exercées par les cellules ganglionnaires elles-mêmes. Eckard lui a objecté qu'on provoque aussi des troubles trophiques, en sectionnant le trijumeau, au-dessus du ganglion de Gasser, près de son émergence de la protubérance. Mais Gaule, qui a répété l'expérience d'Eckard, s'est assuré que le nerf contient à ce niveau beaucoup de cellules ganglionnaires.

En irritant ou en lésant, chez le lapin, les 3e, 4e, 5e et 6e ganglions spinaux, on détermine des troubles trophiques dans la peau, les glandes et les muscles, non seulement du côté opéré mais aussi du côté opposé, et non seulement sur le territoire du ganglion correspondant, mais aussi sur d'autres territoires nerveux. Irritations et lésions restent sans effet quand le ganglion a été dénudé préalablement. L'altération qui se produit dans les cellules ganglionnaires exerce ses effets en se propageant à la moelle par la racine postérieure.

Pour obtenir chez le lapin des lésions trophiques siégeant constamment dans les mêmes muscles, Gaule a expérimenté sur le ganglion cervical inférieur du sympathique. Les altérations occupaient toujours les mêmes endroits du biceps brachial et du psoas-iliaque et offraient des caractères identiques. Comme elles atteignent tantôt les muscles du côté expérimenté, tantôt ceux du côté opposé, tantôt enfin les muscles des 2 côtés, on est obligé d'admettre que la transmission s'effectue par la moelle, à l'aide des rameaux communicants reliant le sympathique aux nerfs spinaux.

Gaule a pu suivre l'évolution des altérations qui s'accomplissent au sein des muscles, grâce à sa découverte d'un nerf d'arrêt aboutissant au ganglion spinal. L'irritation de cette branche nerveuse rend le ganglion insensible aux excitations, tandis que la section du nerf d'arrêt exagère la sensibilité ganglionnaire. Peu d'instants après l'excitation du ganglion, le muscle perd en un point de sa surface son éclat soyeux ; puis il apparaît du liquide à ce niveau et la surface du muscle commence à se déprimer et à devenir rugueuse. La dépression s'étend au travers du muscle, sur ses faces interne et externe ; à la portion médiane, elle remonte jusqu'au tendon dont elle sépare une languette. Dans l'espace de 5 à 10 minutes au plus, il se produit une ulcération à fond de plus en plus rouge et à bords épaissis ; souvent l'ulcération se creuse assez pour diviser presque entièrement le muscle en deux ; il y a alors une hémorragie considérable qui remplit l'ulcération, pénètre entre les fibres mus-

culaires voisines et infiltre le tissu conjonctif. Telle est la succession des phénomènes : l'altération première est un ramollissement ou une liquéfaction des fibres musculaires en un point déterminé ; les fibres se rompent non qu'il y ait contraction ou distension du muscle, mais en vertu de l'état normal de tension, de la tonicité à laquelle les fibres altérées ne peuvent plus résister. Une fois les fibres rompues, leurs extrémités libres en se rétractant forment l'épaississement nerveux qui borde l'ulcération. Tout à fait au début, on distingue sous le microscope, dans les fibres musculaires, des cavités qui se remplissent de liquide, tandis que le reste de la substance constitue des rubans brillants, flexueux à l'intérieur du sarcolemme. J. B.

**Recherches sur le nanisme expérimental, contribution à l'étude de l'influence du milieu sur les organismes, par Henry DE VARIGNY** (*Journal de l'anat. et de la physiol., mars 1894*).

Dans de curieuses expériences sur les lymnées, Semper avait constaté que quand on élève ces gastéropodes dans des vases contenant des volumes différents d'eau, on voit les individus placés dans un petit volume d'eau rester petits, et ceux-là seuls acquérir leur taille normale qui ont vécu dans un volume d'eau considérable. Comme il ne saurait être question d'insuffisance d'aliments, ceux-ci ayant toujours été fournis en excès, ni de différences de température ou de lumière, vu les conditions même de l'expérience, ni enfin d'aération, Semper est arrivé à cette conclusion singulière qu'il pourrait bien exister dans l'eau quelque substance jusqu'ici inconnue, nécessaire à la croissance, et qui ne serait absorbée en quantité suffisante qu'au cas où le volume d'eau dépasserait certaines proportions.

En raison de la portée générale de ces recherches et de cette conclusion, de Varigny a repris ces expériences ; il a constaté les mêmes faits ; mais des dispositions variées de ces expériences et de la discussion des résultats, il arrive à cette conclusion, que le nanisme ainsi provoqué ne peut être attribué qu'à l'absence d'exercice et de mouvement. Dans un milieu restreint, les déplacements sont plus rares et plus faibles, étant donné de plus qu'ils ne sont guère nécessaires, les aliments étant sous la main. Cette interprétation peut seule rendre compte de ce fait que les lymnées atteignent les mêmes dimensions dans des cages pareilles plongeant dans des masses d'eau très inégales. M. DUVAL.

**La resistanza dei globulo rossi del sangue di animali operati di tiroidectomia (Ricerche ematologiche), par BOTTAZZI** (*Lo Sperimentale, parte biologica, p. 192, 1894*).

Chez les chiens thyroïdectomisés, et surtout chez ceux qui, présentant la cachexie classique, restent en vie une quinzaine de jours, on note au début une augmentation de la résistance des hématies, due probablement à la destruction des éléments les plus débiles. Plus tard, quand les chiens présentent les convulsions, les secousses cloniques et toniques et les tremblements, la résistance des hématies diminue en partie à cause des efforts musculaires et de l'insuffisance respiratoire, en partie par les altérations du métabolisme organique qui suit la thyroïdectomie. Cette dimi-

nution de résistance n'est pas comparable à celle due à l'action du poison du sang ; les poisons qui se forment dans la cachexie strumiprive ont sur le sang une action moins forte. La résistance des globules rouges varie suivant les races de chiens. Chez les chiens à jeun la diminution de résistance globulaire apparaît au terme de la 1re semaine et s'accentue de de plus en plus jusqu'au douzième jour du jeûne. C. LUZET.

**On some effects of thyroidectomy in animals, par J. Lorrain SMITH** (*The Journ. of physiol., XVI, p. 378, 1894*).

Chez certains animaux, chats et chiens, la thyroïdectomie a pour résultats des symptômes rapides d'irritation des systèmes nerveux et musculaire suivis de mort le plus souvent. D'un autre côté, chez l'homme, chez le singe, ce sont des accidents à longue échéance comme ceux du myxœdème. Il y a une grande variété d'effets dans les différentes espèces et presque dans la même espèce. Il y a cependant un type général à degré plus ou moins développé. 1. Par exemple, il y a tremblement musculaire quand l'animal fait un effort volontaire, puis tremblement spontané et d'ailleurs intermittent, puis tremblement continu, spasmes coïncidant avec l'obtusion de l'animal, enfin convulsions et mort. 2. A l'état chronique, on n'observe pas l'influence du régime que Breisacher a apercue dans les cas aigus. 3. Le développement des symptômes n'a pas d'influence marquée sur l'excrétion de l'acide carbonique. 4. L'abaissement de la température n'amène pas une élévation dans l'excrétion d'acide carbonique comme cela a lieu normalement. 5. La production thermique varie beaucoup plus que chez l'animal normal. Mais surtout c'est l'appareil de dégagement thermique qui est altéré. Il y a des modifications vasculaires de la peau : les oreilles chez le chat sont tantôt congestionnées et tantôt anémiées. Ces changements vasculaires sont à rapprocher de ceux de la cachexie strumiprive. La seconde cause c'est l'altération de la peau, la chute des poils. L'altération de la peau et l'abaissement de la température sont deux traits de la cachexie strumiprive qui font défaut chez le chat et ces deux traits sont probablement connexes. Le fait d'être forcé de régler la température uniquement au moyen de l'appareil producteur doit amener une consomption. Les malades de myxœdème se plaignent constamment du froid. D'ailleurs la chaleur extrême leur est aussi insupportable que l'extrême froid. Le rôle de la thyroïde dans la régulation thermique n'est que l'un des aspects de son rôle général, et d'ailleurs il semble s'exercer indirectement. DASTRE.

**Recreation des Lebergewebes..... (Régénération du tissu hépatique après ablation des lobes hépatiques entiers), par von MEISTER** (*Ziegler's Beitraege zur path. Anat. XV, p. 1*).

La puissance de régénération du foie est telle, qu'il peut se reproduire 4/5 du poids total de l'organe, chez le lapin, le rat et le chien. La durée de ce phènomène varie suivant les espèces entre 45 et 60 jours. Plus les animaux sont jeunes, vigoureux et sains, plus la régénération est rapide. Il s'agit moins d'une véritable régénération que d'une hypertrophie compensatrice portant sur quelques lobes, après ablation des autres, il se forme de nouveaux lobules hépatiques, en même temps que les éléments

cellulaires des anciens lobules subissent une hypertrophie ; les lobules atteignent des dimensions 3 ou 4 fois plus considérables que les lobules normaux. Le premier phénomène par lequel se manifeste la régénération est une hyperémie, qui débute dès les premières heures après l'ablation et atteint son maximum après quelques jours. C'est à la fin du premier jour ou au début du second que l'on note les premiers indices de prolifération cellulaire. Elle débute par la périphérie du lobule et gagne progressivement vers son centre. Au début du deuxième jour, le processus de croissance se manifeste par l'hypertrophie des corps cellulaires et de leurs noyaux, lesquels deviennent riches en chromatine.

Les cellules centrales du lobule, non seulement ne participent pas à ce processus, mais elles paraissent même comprimées et sombres par la croissance des cellules périphériques. L'épithélium vasculaire et celui des canaux biliaires ne prennent aucune part au processus de régénération. Ces phénomènes sont complets à la fin du deuxième mois ; à ce moment le foie a acquis un aspect, qui n'est pas méconnaissable même à l'œil nu, grâce à l'hypertrophie de ses lobules. Ceux-ci peuvent être considérés comme autant de glandes indépendantes, appendues aux ramifications de la veine porte. C. LUZET.

**Zur Frage von der Harnstoffbildenden Function der Leber (Contribution à la question de la fonction uréogène du foie), par von MEISTER** (*Ziegler's Beitraege zur path. Anat., XV, p. 117*).

L'extirpation d'un quart, d'une moitié ou même des trois quarts du poids total du foie est facilement supportée par les animaux et donne une faible mortalité.

Après ablation d'une partie du foie, l'azote total diminue dans l'urine ; mais pas uniformément pour tous ses éléments constitutifs, en sorte que le rapport de l'urée à l'azote total diminue. L'urée diminue d'une façon relative et d'une façon absolue ; mais les matières extractives augmentent en sorte que le rapport de leur azote à l'azote total augmente. Le rapport de l'azote des extractives à l'azote de l'urée augmente proportionnellement au rapport de l'azote des extractives à l'azote total. Plus la partie extirpée est grande, plus l'urée diminue ; cette diminution est au maximum après l'ablation totale du foie. A la suite de l'extirpation, on voit augmenter l'urée pendant le premier jour qui suit l'opération.

C. LUZET.

**Sull' azione vasomotoria dell' urea....., par CHIARUTTINI** (*Rivista veneta di scienze med., XX*).

Les expériences faites sur les animaux et les malades ont montré que l'urée diminue la déperdition de calorique par la peau, sans élever en même temps la température rectale, et même en produisant un léger abaissement de celle-ci. Ce fait tient à un ralentissement de la circulation périphérique. Mais il se produit en outre une élévation de la tension artérielle prouvée par la diminution de la fréquence du pouls, l'augmentation de la sécrétion urinaire et la modification de la courbe sphygmographique. En rapprochant ces deux faits, il faut donc admettre que les artères

cutanées se contractent, sous l'action de l'urée. Ce serait là la cause de l'hypertrophie cardiaque des néphritiques. C. LUZET.

**Sull' innesto degli ureteri, etc. (De la greffe des uretères dans l'urètre et régénération de la vessie), par Ad. SCHWARZ** (*Riforma medica, 3, 4 et 5 juillet 1894*).

De ses expériences, l'auteur conclut que l'extirpation complète de la vessie chez la chienne, et la greffe consécutive des uretères dans la portion supérieure de l'urètre, est une opération possible et même bénigne. Puis, dans un temps relativement court, par suite de la distension de la paroi de l'urètre et l'hyperplasie de cette paroi, au-dessous du point où ont été greffés les uretères, il se reforme un organe creux, ayant tous les caractères anatomiques et physiologiques d'une vessie normale, tandis que le tiers inférieur de l'urètre conserve ses caractères primitifs.

Une chienne ainsi opérée était arrivée à conserver progressivement 10, 20, 40 centimètres cubes, et même davantage d'urine, et l'émettait volontairement quand elle en sentait le besoin.

En même temps que le canal de l'urètre se dilate dans ses 2/3 supérieurs, le tissu cellulaire, et aussi les fibres musculaires lisses de la paroi s'hypertrophient. Les fibres striées qui existent normalement dans la paroi s'hypertrophient également, et constituent, au col de la vessie nouvelle, un anneau strié qui fonctionne comme un véritable sphincter.

MAUBRAC.

**Recherches expérimentales sur l'influence de la laparotomie sur la péritonite tuberculeuse, par STCHÉGOLEFF** (*Arch. de méd. exp., VI, 5*).

L'étude de la péritonite tuberculeuse chez le chien permet de contrôler et confirmer certains faits observés en pathologie humaine. La maladie peut guérir chez le chien à la suite d'une laparotomie, mais seulement quand l'opération est précoce. Plus tard, on prolonge seulement la survie. Le mécanisme de guérison repose surtout sur la réaction inflammatoire, l'infiltration embryonnaire, la phagocytose, et le développement actif de tissu conjonctif. Il y a bien chez les animaux non opérés une ébauche des actes précédents; mais dans cette évolution spontanée, l'arrêt du processus morbide ne peut se faire. Après l'opération, le mécanisme de l'action curatrice repose principalement sur un ensemble d'influences physiques. Il y a d'abord les effets mécaniques inséparables de l'opération même, puis la variation thermique, l'action de l'air et probablement de la lumière. Ce sont en somme des agents irritants, ou à effet phlogogène. Contrairement à Vierordt, ce n'est pas l'évacuation exacte du liquide ascitique qui est la condition de la guérison; celle-ci s'observe chez les chiens opérés et non ascitiques. Outre ces résultats, l'expérience établit encore subsidiairement que les chiens sont beaucoup plus sensibles à la tuberculose qu'on ne l'admet communément. GIRODE.

**Ueber die Ätiologie der Peritonitis, par E. TAVEL et O. LANZ** (*Mittheil. aus klin. und med. Instit. der Schweiz., I*).

Résultats de cultures entreprises au moment de l'opération sur 72 cas de péritonite d'origine variée. Tavel et Lanz divisent les péritonites sans perforation en péritonites par pullulation de microorganismes, péritonites

par passage de microorganismes et péritonites par passage de produits chimiques d'un organe voisin dans le péritoine ; quant aux péritonites avec perforation, ils les subdivisent en péritonites par irruption de produits chimiques (produits de la vie microbienne, ferments intestinaux et produits de leur transformation), par irruption de microorganismes et par irruption d'éléments solides du contenu intestinal. Mais aucun de ces facteurs n'est isolément en état de provoquer une péritonite expérimentale ; un quelconque des autres facteurs forme toujours la cause prédisposante. En revanche, on connaît en clinique, des péritonites d'origine chimique pure. Pour que les microorganismes se développent sur le péritoine et déterminent les symptômes d'une péritonite microbienne, il faut une péritonite préexistante ; c'est la condition préalable. Il n'existe pas de péritonite microbienne primaire.

Aucune espèce microbienne ne joue le rôle de cause spécifique, les microorganismes les plus divers peuvent donner lieu à une péritonite. Sur 30 cas de péritonite à bacille colique, ils ont compté 20 sortes de ce microorganisme.

Tavel et Lanz ne pensent pas que la composition bactérioscopique de l'exsudat puisse fournir des caractères certains pour le diagnostic différentiel du point de départ de la péritonite. J. B.

**Die Aufnahme bacterieller Keimer von frischen..... (De l'absorption des microorganismes par les plaies fraîches), par C. SCHIMMELBUSCH** (*Deutsche med. Woch.*, *n° 28, 1894*).

L'auteur avait institué des expériences en vue d'étudier la possibilité de désinfecter une plaie récente faite à un animal et infectée artificiellement. Ces expériences échouèrent : quel que fût le moyen de désinfection employé, il ne put arriver à préserver un rat ou un lapin de l'infection générale lorsqu'il infectait une plaie récente avec le pus de l'anthrax ou le streptocoque septicémique.

Recherchant alors la cause de ces échecs, Schimmelbusch reconnut que les germes pénétraient si rapidement dans le sang que, même en agissant sur la queue de l'animal et la coupant 5 minutes après l'infection, les germes étaient déjà dans le torrent circulatoire.

Enfin, dans une nouvelle série d'expériences, il arriva à constater que, soit avec des germes pathogènes tels que le microbe du charbon, soit avec des saprophytes tels que le bacille pyocyanique on pouvait, une demi-heure après l'infection de la plaie, retrouver les germes dans les principaux organes intérieurs : foie, cœur, rein. Le bacille pyocyanique met moins de 5 minutes pour arriver de la plaie aux organes internes. Ces faits expliquent l'inutilité de l'amputation après l'infection charbonneuse des rats ; ils sont en rapport, d'autre part, avec ce que l'on connaît de la vitesse des embolies graisseuses qui ne mettent pas 5 minutes pour arriver de la cavité médullaire de l'os dans le cœur et le poumon.

HENRI DE BRINON.

**Les réactions leucocytaires vis-à-vis de certaines toxines végétales et animales, par G. CHATENAY** (*Thèse de Paris, 1894*).

Il y a chez les animaux d'expérience soumis à une vaccination ou à

une intoxication par les toxines végétales supérieures (abrine et ricine), bactériennes (diphtérie et tétanos) et animale (venin de cobra) des réactions leucocytaires manifestes.

Les réactions sont différentes suivant qu'on considère un animal en vaccination, vacciné ou témoin.

1° L'animal en vaccination subit pendant toute la durée de la vaccination une hyperleucocytose progressive qui s'atténue lentement.

2° L'animal vacciné subissant une intoxication mortelle réagit moins ou plus suivant qu'il a été plus ou moins éprouvé, il réagit toujours en hyperleucocytose quelque légère soit-elle, souvent il reste au même chiffre et ne s'abaisse jamais à des proportions notables.

3° L'animal témoin subissant une intoxication mortelle, présente une hypoleucocytose constante ; cette réaction est progressive jusqu'à la mort, si celle-ci a lieu en moins de 20 heures après l'injection; elle est soumise à des oscillations très étendues pour se terminer en hyperleucocytose, si la mort se fait attendre 1 à 4 jours.

De sorte que, dans les intoxications, l'hyperleucocytose progressive et régulière est d'un pronostic favorable. L'hypoleucocytose progressive est d'un pronostic défavorable. Les oscillations plus ou moins nombreuses en hyperleucocytose et en hypoleucocytose sont l'indice d'une mort certaine, mais plus lente. H. BOURGES.

**Aptitudes des tissus à fixer les substances dissoutes, par A. CHARRIN et P. CARNOT** (*Acad. des Sciences, 23 août 1894*).

Ces auteurs établissent que les lésions des tissus attirent, en quelque sorte, les substances qui circulent dans le sang, quand ces tissus sont altérés.

Au préalable, ils provoquent des détériorations soit traumatiquement, soit en inoculant des germes infectieux; ils créent des arthropathies, ou des foyers de tuberculose pulmonaire, ou encore des péritonites localisées ; puis ils font ingérer, pendant plusieurs semaines, des doses quotidiennes de sels de plomb.

A l'aide de réactions variées, ils prouvent que le genou gauche enflammé contient plus de plomb que le droit qui est sain; ils montrent que ce plomb est plus abondant dans les zones malades des poumons ou des séreuses que dans les parties normales.

Ces expériences éclairent le problème de la répartition intra-organique des produits en circulation; elles font comprendre pourquoi un goutteux, dont le sang est riche en acide urique, en urates, etc., voit ces principes se localiser sur une articulation traumatisée.

On savait que ces points de résistance moindre attiraient, pour ainsi dire, les microbes, les êtres vivants; on ne savait pas qu'il en était de même, lorsqu'il s'agit de substances inertes.

Les auteurs, pour expliquer ces résultats, invoquent la vaso-dilatation, le ralentissement du courant sanguin, etc.; les leucocytes ne leur ont pas semblé jouer un rôle important, du moins dans tous les cas. A. C.

**I. — Neuere Forschritte in der Immunitätsfrage, par BUCHNER** (*Münch. med. Woch.*, *nos 24 et 25, p. 469 et 497, 1894*).

**II. — Ueber Immunität und Immunisirung, par BUCHNER** (*Ibid.*, *nos 37 et 38, 1894*).

I. — Pour rechercher le rôle des substances protectrices dans le sérum et les exsudats inflammatoires, l'auteur injecte dans la plèvre d'un lapin 10 centimètres cubes d'empois émulsionné, tue l'animal deux jours après et recueille d'une part le sérum sanguin, de l'autre la sérosité pleurale, qui est troublée par le grand nombre de leucocytes qu'elle contient, mais entièrement privée de microbes. Il ensemence des échantillons des deux avec quantité égale de *bacterium coli commune* et recherche ce qui se forme dans différentes conditions. Dans le sérum non modifié placé à l'étuve il voit le nombre des colonies augmenter et devenir innombrable en 24 heures ; dans les mêmes conditions l'exsudat non altéré tue les microbes à tel point que le nombre des colonies qui était de 3,600 après 2 heures, tombe à 170 après 6 heures et à 87 après 24 heures ; l'exsudat qui avait été soumis à la congélation paraît agir encore plus fortement. Par contre, dans le sérum et l'exsudat préalablement chauffés à 60°, le bactérium coli commune prospère si bien que dès la 6e heure les colonies en deviennent innombrables. Il pense donc que ce n'est pas au phagocytisme que l'on doit attribuer l'action bactéricide, puisque dans l'exsudat gelé la destruction des bactéries est plus rapide que dans les échantillons intacts ; mais à des substances possédant l'altérabilité des alexines, puisque les échantillons préalablement chauffés à 60° ont perdu leur action bactéricide.

II. — La résistance naturelle contre les infections (ou immunité naturelle) repose sur des conditions et des causes tout autres que l'immunité artificielle ou acquise. Les deux choses sont donc, quant au principe, des états différents, qui scientifiquement doivent être considérées et étudiées séparément, bien que pratiquement, elles puissent coexister chez le même individu. La résistance naturelle repose d'une part sur l'action bactéricide de certaines parties constituantes dissoutes appartenant à l'organisme et dites alexines, d'autre part sur la non-réceptivité congénitale des tissus et cellules du corps contre certains poisons bactériens. La résistance naturelle dans la règle, ne peut être transportée par le sang sur d'autres organismes. Les leucocytes possèdent une fonction importante dans les processus naturels de défense de l'organisme, mais non comme phagocytes, mais par les substances dissoutes sécrétées par eux. La phagocytose n'est qu'une manifestation secondaire.

L'immunité artificiellement conférée ou acquise repose sur la présence de produits bactériens spécifiques, modifiés, dépoisonnés, les antitoxines, soit dans le sang, soit dans les tissus de l'organisme, ou dans les deux milieux à la fois. Dans la règle, les antitoxines et avec eux l'immunité acquise, peuvent être transportées par le sang et le lait. L'action des antitoxines ne repose pas sur une destruction directe des poisons bactériens spéciques, par action de contact ; mais elle ne se produit qu'à l'intérieur de l'organisme et seulement par son intermédiaire, en donnant naissance à une diminution de la susceptibilité spécifique aux poisons des

parties vivantes de l'organisme, et par ce moyen en rendant les tissus non-récepteurs et résistants par rapport au poison correspondant.

C. LUZET.

**État actuel de la question de l'immunité, par E. METCHNIKOFF** (*Annales de l'Inst. Pasteur, octobre 1894*).

La théorie d'après laquelle les bactéries seraient détruites par des sécrétions des leucocytes éosinophiles est réfutée par des faits précis. La théorie des phagocytes se trouve en harmonie avec tous les faits établis depuis sa fondation. Les exemples qui ont été invoqués comme exceptions de la fonction phagocytaire : septicémie des souris, diphtérie, charbon chez les crustacés et les mollusques, après un examen approfondi, rentrent bien dans les cadres de la théorie des phagocytes. La péritonite cholérique des cobayes rentre aussi dans la catégorie des maladies infectieuses dans lesquelles la fonction antibactérienne des phagocytes est des plus évidentes. Le phénomène de dégénérescence des vibrions dans le liquide péritonéal chez des cobayes hypervaccinés, phénomènes décrits par R. Pfeiffer s'expliquent par une action des produits des leucocytes, modifiés sous l'influence de l'hypervaccination. La destruction des microbes dans l'intérieur des phagocytes peut se faire dans un milieu acide, conformément à l'opinion de A. Kossel sur l'action de ses acides nucléiques. Mais cette destruction peut se faire aussi dans un milieu alcalin, dans le contenu des phagocytes.

Les phagocytes réagissent non seulement contre l'invasion des microbes, mais aussi dans les intoxications de l'organisme par divers poisons. Leur rôle a été mis en évidence (surtout par l'école de Kobert) même pour des substances inorganiques telles que le fer et l'argent. D'après tout l'ensemble des progrès accomplis dans ces dernières années, il faut considérer l'immunité comme le résultat d'une activité cellulaire. Parmi les éléments qui fonctionnent dans l'immunité, le premier rôle doit être attribué aux phagocytes.

PAUL TISSIER.

**Des microbes anaérobies dans le pus, par W. LUBINSKI** (*Centralbl f. Bakt., p. 769, 1894*).

Dans 60 cas, l'auteur a trouvé 2 fois dans le pus des microbes exclusivement anaérobies.

Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un bacille associé au bacterium coli commune et au streptocoque pyogène. Ce bacille, un peu plus long que celui du tétanos, présentait comme lui une grosse spore ovalaire à un de ses pôles. Il se colorait bien par les couleurs d'aniline et la méthode de Gram. Il donnait des colonies grisâtres dans les milieux de culture solides et dégageait des gaz dans l'agar. Inoculé dans le péritoine ou sous la peau des lapins il les tuait en 24-27 heures sans provoquer de symptômes analogues au tétanos. Au point d'inoculation se développait de l'emphysème sous-cutané.

Dans le second cas, l'auteur isola 2 sortes de bacilles. Les premiers étaient des bâtonnets minces, assez longs, souvent par deux, se colorant lentement par les couleurs d'aniline. Ils ne poussaient pas à l'air et à l'abri de l'air donnaient, au bout de 5 jours, de petites colonies transpa-

rentes, ponctiformes. On ne put obtenir une seconde génération de ces microbes.

Les seconds bacilles étaient courts, épais, isolés, à extrémités arrondies. Ils se montrèrent d'abord exclusivement anaérobies et donnèrent dans l'agar des colonies grises opaques. Mais à la seconde génération ils poussaient à l'air, liquéfiant la gélatine et troublant le bouillon. Ils donnèrent des abcès aux animaux. H. BOURGES.

**Sugli effetti delle inoculazioni dei prodotti del pus, par NANNOTTI** (*La Riforma medica, n° 109, 10 mai 1894*).

Les produits stériles du pus ont un pouvoir toxique à peu près égal à celui des produits stériles de culture des staphylocoques pyogènes doré et blanc. Les inoculations fractionnées et répétées de petites doses de ces produits provoquent chez le lapin une intoxication chronique se manifestant par le marasme. Les inoculations dans le tissu cellulaire sous-cutané ont des effets toxiques plus graves que celles faites dans le torrent circulatoire. La symptomatologie et les altérations anatomo-pathologiques sont identiques, tant chez les individus morts à la suite de suppurations chroniques, que chez ceux rendus marastiques par les produits stériles naturels ou artificiels des staphylocoques pyogènes. C. LUZET.

**Les streptocoques dans la bouche normale et pathologique, par BEZANÇON et WIDAL** (*Soc. méd. des hôp., 27 juillet 1894*).

Les auteurs ont examiné par la méthode de culture sur gélose la salive de 49 malades (10 érysipèles, 10 scarlatines, 6 rougeoles, 3 varioles, 12 angines diverses, etc.).

Dans tous les cas ils ont trouvé des streptocoques en abondance; ils n'ont pu arriver par des procédés variables de culture à établir de caractères distinctifs; ils ont étudié surtout le degré de virulence en prenant comme type le streptocoque de la plaque érysipélateuse humaine inoculé au lapin. Les streptocoques de la bouche normale n'ont donné ni érysipèle ni septicémie; ceux provenant de la bouche de 10 érysipélateux ont donné 1 septicémie, et 2 érysipèles; ceux retirés de la bouche des 39 autres malades ont donné 1 seul cas d'érysipèle; il s'agissait d'une angine pseudo-membraneuse non diphthéritique. H. L.

**L'estensione dello sviluppo di idrogeno solforato tra i batterii, par STAGNITTA BALISTRERI** (*Il Morgagni, p. 219, avril 1894*).

L'auteur a constaté que sur les milieux contenant des composés soufrés (bouillon pur ou bouillon peptonisé) certaines bactéries donnent lieu à la formation d'hydrogène sulfuré (proteus vulgaris, bacillus prodigiosus, bacille rouge de Kiel, bacille rouge de Plymouth, micrococcus agilis, bactérie de l'acide lactique, bacille du choléra, de la fièvre typhoïde, de Friedländer, de la septicémie du lapin, pyocyanique, sarcine rouge, sarcine blanche, etc.), tandis que d'autres (sarcine jaune, bacilles violet, livide et radiciforme, bacille dipthérique, etc.) n'en produisent pas. GEORGES THIBIERGE.

**Sulle alterazioni del cuore nella difterite sperimentale, par COMBA** (*Lo Sperimentale, parte biologica, p. 255*, 1894).

Les altérations produites expérimentalement dans le myocarde du lapin avec le bacille de Löffler, sont les mêmes que celles produites par les filtrations de cultures du microorganisme. Elles sont d'autant plus intenses que l'intoxication est plus lente et plus prolongée. Elles entourent les cellules musculaires, le tissu interstitiel et les vaisseaux ; mais elles sont au maximum dans les premières ; il ne semble pas y avoir de rapport direct entre les altérations parenchymateuses et interstitielles. Ces altérations concordent avec celles de la diphtérie humaine et des autres maladies infectieuses ; elles ne dépendent pas de l'hyperthermie, mais de l'action directe des toxines diphtériques sur les éléments musculaires. C. LUZET.

**Sur la technique du diagnostic bactériologique et la sérumthérapie de la diphtérie, par L. MARTIN** (*Progrès méd., 18 octobre 1894*).

Martin recommande pour l'examen de la fausse membrane la coloration simple qui suffit dans la plupart des cas ; un frottis d'un fragment de fausse membrane, est desséché à l'air, et fixé à la flamme puis coloré avec le bleu de Roux, composé de deux solutés, soluté A qui contient violet dahlia 1 gramme, alcool à 90° 10 grammes, eau distillée 90 grammes ; soluté B vert méthyle 1 gramme, alcool à 90° 10 grammes, eau distillée 90 grammes ; on mélange 1/3 du soluté A avec 2/3 du soluté B, ce mélange se fixe rapidement sur les bacilles diphtéritiques ; on verse 2 à 3 gouttes de bleu composé, on laisse une minute en contact, puis on enlève l'excès en plongeant dans l'eau ; s'il n'y a pas de fausses membranes il faut recourir à l'ensemencement sur le sérum de bœuf coagulé ; on ensemence en stries, on garde les tubes verticaux, et au bout de 24 heures d'étuve à 37° la culture est faite, quelquefois au bout de 14 à 18 heures ; on traite une petite parcelle d'une colonie diluée dans une goutte d'eau, par le procédé ci-dessus. H. L.

**Contribution à l'étude de la diphtérie aviaire en Tunisie, par A. LOIR et E. DUCLOUX** (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 8, p. 599, 25 août 1894*).

Il existe en Tunisie une maladie très répandue, qui n'est autre que la diphtérie aviaire, qui détruit les 2/3 et même la totalité des basses-cours.

Cette diphtérie aviaire est due à un bacille tout à fait différent de celui de la diphtérie humaine classique. Ce micro-bacille se cultive facilement dans tous les milieux ; il tue poules, pigeons, dindons, canards, moineaux, lapins, etc. Les cobayes et les bovidés résistent à son inoculation. Les poules qui après avoir été malades à la suite de l'inoculation, reviennent à la santé, ont l'immunité contre une seconde atteinte de la maladie. On peut, en chauffant pendant une demi-heure ce bacille à une température de 55°, l'atténuer de façon à le rendre inoffensif pour les poules à l'égard desquelles il joue le rôle d'un véritable vaccin. A côté

des microbes qui sont la cause ordinaire des angines diphtériques humaines, on trouve chez l'homme des cas d'angines à fausses membranes produits par le bacille de la diphtérie aviaire. PAUL TISSIER.

**Du rôle des leucocytes dans l'infection diphtérique, par G. GABRITSCHEWSKY** (*Annales de l'Inst. Pasteur, octobre 1894*).

L'observation clinique et les expériences faites sur les animaux permettent d'affirmer que la leucocytose générale dans la diphtérie a un caractère spécial qui la distingue de la leucocytose observée dans la plupart des maladies infectieuses. Elle a une marche diamétralement opposée à celle de la leucocytose de la pneumonie. Dans ce dernier cas la leucocytose progressive annonce une issue favorable (infection); dans la diphtérie (intoxication), la leucocytose progressive donne un mauvais pronostic.

Les bacilles diphtéritiques dans l'organisme même sont détruits par l'activité phagocytaire des leucocytes; les bacilles diphtéritiques des infections superficielles, par exemple des muqueuses, sont enlevés de l'organisme infecté d'une façon mécanique, et il n'y a qu'une petite partie des bacilles qui subisse la destruction phagocytaire après décollement de la fausse membrane.

La propriété nécrotisante du virus diphtérique, qui s'étend à toutes les cellules de l'organisme, entrave l'activité phagocytaire; le sérum thérapeutique rend les cellules de l'organisme moins sensibles à cette action nécrotisante. PAUL TISSIER.

**Recherches expérimentales sur l'immunisation contre la diphtérie, par J. KUPRIANOW** (*Centralbl. f. Bakt., p. 415, 18 septembre 1894*).

L'auteur a d'abord cherché à immuniser contre la diphtérie des cobayes en leur inoculant du sérum de rat, ces animaux jouissant d'une immunité naturelle contre la diphtérie. Les résultats de cette première série d'expériences ont été nuls.

En inoculant d'abord une culture de diphtérie à la dose hebdomadaire de 1 centimètre cube pendant 7 semaines à des rats et en inoculant ensuite 1 centimètre cube du sérum de ces rats à des cobayes, ceux-ci 24 heures après supportèrent impunément une dose de bouillon diphtérique 10 fois plus forte que celle qui suffisait à tuer un cobaye-témoin.

En employant le sérum de rats immunisés et 3 ou 4 semaines après en injectant du bouillant diphtérique à dose croissante, on peut en 3 mois obtenir chez les cobayes un degré d'immunisation très élevé. Le sérum d'un cobaye ainsi immunisé donne à son tour une très forte immunité au bout de 2 mois seulement à un autre cobaye.

K. n'a obtenu aucune immunisation en nourrissant des chiens avec des cobayes morts de diphtérie. H. BOURGES.

**Présence du bacille de la diphtérie en dehors de l'organisme, par J.-H. WRIGT et H.-C. EMERSON** (*Centralbl. f. Bakteriol., p. 412, 18 septembre 1894*).

Les auteurs ont recherché par la méthode des cultures sur sérum le bacille de la diphtérie dans les poussières du plancher du pavillon d'isolement de l'hôpital de Boston, sur les vêtements et dans les cheveux des

infirmières. 1 fois sur 4 essais les poussières du plancher donnèrent des colonies de bacilles de Löffler, dont 0cc,4 tuèrent un cobaye en 3 jours 1/2 Des détritus adhérant aux chaussures des infirmières donnèrent des colonies de bacilles diphtériques de virulence variable, mais le plus souvent très affaiblie.

Les bacilles diphtériques trouvés une seule fois dans les cheveux des infirmières donnèrent simplement de la réaction locale au cobaye inoculé.

Enfin les ensemencements faits avec les vêtements des infirmières, leurs ongles, les draps et les chemises des malades ne donnèrent que des résultats négatifs. L'analyse bactériologique de l'air des salles ne donna pas non plus de résultat au point de vue de la recherche du bacille diphtérique. H. BOURGES.

**Ueber Lymphdrüsenerkrankungen bei epidemischer Diphtherie, par BULLOCH et SCHMORL** (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVI, p. 247*).

Dans la diphtérie épidémique des voies aériennes supérieures, les ganglions correspondants subissent une altération spéciale, caractérisée par une hyperplasie cellulaire, la formation d'un exsudat fibrineux et de foyers de nécrobiose, ainsi que par la dégénérescence hyaline du réticulum ganglionnaire et des vaisseaux. Comparées à celles des muqueuses, ces altérations offrent avec elles une très grande analogie. C. LUZET.

**Zur Diphtherieimmunisirungsfräge, par BEHRING** (*Deutsche med. Woch., n° 46, 1894*).

Quelle est la dose nécessaire pour obtenir l'immunité contre la diphtérie et quelle est la durée de protection des injections immunisantes?

Après avoir employé successivement les doses de 1, 5, 15 et 60 unités, l'auteur est arrivé à la dose de 150 unités et a constaté que même avec cette dose, il était impossible d'obtenir une immunité absolue et certaine chez tous les sujets exposés à la contagion; Behring croit donc qu'au point de vue pratique la dose de 60 unités, soit 1/10 de la dose curative doit rester; si elle ne met pas absolument tous les sujets à l'abri de la diphtérie, cela tient à ce que, sur le nombre des sujets vaccinés, il s'en trouve toujours quelques-uns qui sont en période d'inoculation, or chez ceux-là, il est prouvé par les expériences sur les animaux que même la dose curative des 600 unités n'empêcherait pas l'éclosion du mal. L'idéal pour Behring serait de préparer pour la vaccination un sérum concentré contenant 300 unités sous un volume très restreint de 2 centimètres cubes.

Quant à la durée, Behring admet que la dose de 60 unités donne une protection de 6 semaines et celle de 150 une de 10 semaines. Avec ces doses, il faut donc répéter à intervalles déterminés les injections et cette répétition est plus avantageuse au point de vue de l'immunisation que l'administration en une seule fois d'une dose plus forte. H. DE BRINON.

**Ueber die Schutzkraft des Blutserums.... (Du pouvoir immunisant du sérum du sang des convalescents de diphtérie et des individus sains), par Rudolf ABEL** (*Deutsche med. Woch., n° 48, 1894*).

Klemensiewiez et Escherich ont étudié le pouvoir immunisant du

sérum des convalescents de la diphtérie, contre les doses mortelles de cultures pures ou de toxines chez le cobaye, mais leurs expériences trop restreintes ne permettent pas de conclusions fermes. Abel a eu l'occasion pendant l'épidémie de Greifswald de faire une nouvelle série d'expériences : le sérum de 14 convalescents ne lui a donné : 1° du premier au sixième jour après la disparition des fausses membranes, aucune protection ; 2° du huitième au onzième jour il y a eu une protection évidente ; 3° ce pouvoir immunisant persiste encore mais très affaibli au bout d'un mois et demi. H. DE BRINON.

**Zur Diphtheriefrage, par LÖFFLER** (*Congrès d'hyg. Buda-Pesth, Deutsche med. Woch., n° 37, 1894*).

Le point fondamental de ces propositions est la reconnaissance de la spécificité du bacille diphtéritique désormais mise hors de toute contestation. La sérothérapie constitue le couronnement du faisceau laborieux des preuves qui sont venues depuis 10 ans confirmer la découverte de Lœffler. Mais s'il n'y a pas de vraie diphtérie sans le bacille diphtéritique, il y a une série d'affections à apparences diphtéritiques qui sont dues à d'autres germes. La proportion de ces affections aux diphtéries vraies serait d'environ 1 sur 3, 316 sur 878, en réunissant les statistiques publiées. Cette proportion considérable rend défectueuses toutes les statistiques où la morbidité et la mortalité ont été établies sans le contrôle bactériologique.

L'importance du rôle des germes associés, streptocoques et autres, leur influence sur la virulence du bacille diphtéritique et d'autre part, l'impuissance de la sérothérapie contre ces germes ne permettent pas d'abandonner le traitement local. Il n'est pas indifférent d'ailleurs de détruire le plus possible des bacilles que peuvent atteindre les applications locales : leur quantité est un facteur important dans le pronostic.

La persistance du bacille chez le convalescent impose un isolement prolongé.

Le bacille diphtéritique se trouve chez des individus en apparence de santé parfaite. Dans une récente épidémie, Lœffler a pu constater le fait chez 4 enfants sur 160 examinés.

L'influence des changements de température paraît certaine. La transmission de la diphtérie des animaux à l'homme n'est pas encore établie.

H. DE BRINON.

**The inoculation of milch cows with cultures of the bacillus diphtheriae, par KLEIN** (*Journal of pathol. and bacter., II, n° 4*).

Klein a réussi à inoculer le bacille de Lœffler à des vaches qui venaient de vêler, en injectant une quantité modérée de culture virulente dans le tissu sous-cellulaire de l'épaule. Dix fois il s'est produit un gonflement local plus ou moins étendu, 6 fois des symptômes généraux, 5 fois des vésicules sur le pis ; il a retrouvé le bacille diphtérique constamment dans le liquide de ces vésicules et 2 fois dans le lait. J. B.

**Einige neue Fälle von Geflügel-Tuberkulose..... (Tuberculose aviaire), par P. PANSINI** (*Deutsche med. Woch.*, n° *35*, *1894*).

Conclusions : 1° Deux cobayes inoculés, l'un avec des crachats de phtisique, l'autre avec le suc d'organes d'un mammifère tuberculeux ont donné des cultures présentant les caractères de la tuberculose aviaire ;

2° L'inoculation à haute dose de bacilles de la tuberculose humaine, n'a donné, chez les gallinacées, ni amaigrissement, ni tuberculose ; l'inoculation de crachats ou produits directs de la tuberculose humaine a donné, dans un certain nombre de cas (cinq), un amaigrissement marqué, et dans un cas, la mort au bout de 10 jours. Ces expériences prouvent qu'il existe une différence entre les bacilles de laboratoire et les bacilles d'origine directe ;

3° Dans deux cas, l'inoculation, à haute dose, de cultures typiques de tuberculose aviaire, dans le péritoine des poules n'a été suivie, ni de tuberculose, ni d'amaigrissement ; fait en contradiction avec les expériences de divers auteurs ;

4° L'inoculation à haute dose, chez le cobaye, de cultures typiques de tuberculose aviaire a donné, dans un certain nombre de cas, une tuberculose généralisée.

La tuberculose aviaire du cobaye présente des caractères macroscopiques différents de la tuberculose d'origine mammifère. L'ensemble des expériences de Pansini tendrait à établir qu'il existe des formes de transition entre les deux tuberculoses. H. DE BRINON.

**Bacteriologisch-experimentelle Untersuchungen über die Ursachen der Tuberculinwirkung, par Arthur KLEIN** (*Vienne et Leipzig*, *1893*).

Klein qui a fait l'examen bactérioscopique, dans 5 autopsies de phtisiques traités par la tuberculine, a recueilli dans les organes enflammés, une énorme quantité d'un streptocoque phlogogène, présentant à la fois les caractères du streptocoque pyogène et du diplocoque de la pneumonie ; parfois il y a trouvé le staphylocoque pyogène doré.

Avec le streptocoque, il a institué les expériences suivantes sur des lapins : il introduisait ses cultures en bouillon sous la peau de la racine de l'oreille et, après un certain temps, injectait sous la peau du ventre d'un certain nombre de ces animaux des doses minimes de tuberculine. Il arrivait ainsi, chez un lapin non tuberculeux, à provoquer une exacerbation de processus inflammatoires préexistants ou un réveil de processus inflammatoires presque éteints. La culture de ce streptocoque dans un sol nourricier additionné d'une faible proportion de tuberculine, n'offre pas de différences avec la culture sur bouillon ordinaire, comme développement. En revanche, la virulence des cultures paraissait augmenter déjà après 6 ou 10 générations.

Klein conclut de ses expériences que l'effet de la tuberculine, au lieu d'être spécifique et portant uniquement sur les localisations tuberculeuses, consiste en une exaltation du pouvoir phlogogène ou pyogène des pyocoques et du diplocoque de la pneumonie, aussi bien chez les non tuberculeux que chez les tuberculeux. Qu'ainsi, s'éclaire la circonstance inexplicable jusqu'ici, que des tuberculeux indubitables ne réagissent pas aux injections de tuberculine (parce qu'ils n'ont pas de pyocoques dans le

corps) et que des individus, certainement non tuberculeux, offrent, au contraire, une réaction à la suite de ces injections (parce qu'en raison d'autres maladies, ou pour un motif quelconque, ils hébergent des streptocoques ou des diplocoques).

Klein étend ce mode d'explication à la malléine et autres protéines microbiennes. L'action d'aucune de ces substances n'est spécifique ; la réaction générale qui suit leurs injections n'est que la conséquence d'une inflammation ranimée ou suscitée en un lieu morbide. J. B.

**Contribution à l'étude de la pseudo-tuberculose aspergillaire, par T. KOTLIAR** (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 7, p. 479*).

K. s'est demandé comment se produisait la mort dans la pseudo-tuberculose aspergillaire (*aspergillus fumigatus*) telle qu'elle a été observée chez les gaveurs de pigeons et provoquée expérimentalement. Cultivé dans le liquide de Raulin et sur un bouillon légèrement albumineux, l'aspergillus ne fabrique pas de toxines extra-cellulaires. Il ne semble pas non plus fabriquer de substances vaccinantes.

La mort semble ici un phénomène de concurrence vitale, de lutte pour l'oxygène engagée entre l'organisme et l'aspergillus. PAUL TISSIER.

**Zur Ätiologie..... (Étiologie et diagnostic de l'influenza), par W. KRUSE** (*Deut. med. Woch., n° 24, p. 513, 1894*).

Sur 18 cas qui se sont présentés à l'hôpital, Kruse a trouvé constamment dans les crachats le bacille de Pfeiffer.

La coloration des bacilles sur les plaques desséchées s'obtient en 10 minutes, à l'aide d'une solution de fuchsine ou de toute autre couleur d'aniline, mais elle ne réussit pas par la méthode de Gram. Ces bacilles sont les plus difficiles à colorer et les plus petits qu'on connaisse ; ils se rapprochent du bacille de la septicémie des rats pour l'épaisseur, mais ils sont un peu moins longs, souvent ils ressemblent aux diplocoques lancéolés associés deux par deux, ils présentent parfois une vacuole qui accentue leur ressemblance avec le diplocoque ; en général, ils sont extrêmement abondants et sans mélange ou faciles à distinguer des autres microorganismes qui les accompagnent (streptocoques, pneumocoques). On les retrouve dans les crachats pendant plusieurs jours et souvent des mois entiers, notamment chez les phtisiques. La culture se fait à haute température sur l'agar additionné de sang de pigeon ; elles est parfaitement transparente, sans couleur et sans structure, l'éclat produit par la saillie de la colonie est très remarquable ; les contours sont tantôt réguliers, tantôt irréguliers. A la température de la chambre, la plupart de ces bacilles périssent en 24 heures ; à 37° quelques-uns sont encore vivants au bout de 7 heures. La lumière diffuse est un obstacle à la conservation des bacilles vivants. L'inoculation aux animaux d'expériences les tue à grosses doses, mais ne permet pas de constater la multiplication des bactéries ; les lapins sont surtout très sensibles, inoculés sous la peau à petite dose, ils manifestent une réaction générale et locale qui aboutit à la formation d'abcès.

L'auteur n'a retrouvé le bacille de l'influenza dans aucune autre affec-

tion des voies respiratoires ; il n'a pas retrouvé davantage les bacilles décrits par Pfeiffer, sous le nom de pseudo-bacilles de l'influenza.

H. DE BRINON.

**Discussion on the pathology of vaccinia** (*Congrès de Bristol; Brit. med. Journ. p. 631, 22 septembre 1894*).

*Mouckton Copeman* admet l'identité de nature de la variole et de la vaccine : il se fonde sur deux ordres de preuves :

1° Avec le sérum provenant d'un enfant atteint de variole, il inocule une génisse A. Le cinquième jour, apparaissent des pustules qu'il recueille et inocule à une génisse B. Un mois après, la vache A est vaccinée avec du vaccin normal, et malgré 23 incisions linéaires, aucun bouton ne prend.

La génisse B, sur laquelle est survenue une éruption vésiculeuse, sert à inoculer une vache C, qui présente, cinq jours après, une éruption similaire. Comme pour la vache A, on vaccine ultérieurement les vaches B et C sans aucun succès.

Donc, immunisation, pour la vaccine, d'une vache préalablement variolisée ;

2° Identité des microbes démontrée par Klein dans le virus vaccin et dans la sérosité des pustules varioliques avant leur période de suppuration.

*Stanley Kent* fait part de ses recherches histologiques sur la vésicule vaccinale. Il y a trouvé constamment, en colorant au bleu de méthylène, un bacille se présentant sous forme de colonies de chaînettes, à extrémité arrondie fortement colorée à leurs extrémités, tandis que le centre ne se colore pas. Il a pu cultiver ce bacille, l'inoculer à des vaches et le retrouver dans des vésicules très semblables à celle de la vaccine initiale.

*Leonhard Voigt* est également uniciste, et partisan de l'identité du virus vaccinique et variolique. Il fait un long et substantiel historique de l'état de la question, tout en omettant de parler des expériences de Juhel Rénoy, défavorables à sa manière de voir. Mémoire intéressant à consulter, quoique dépourvu d'observations personnelles.

C'est à des conclusions analogues qu'aboutissent Ruffer, Hime, Cornish et Woodhead.

H. R.

**Ueber eine vom Menschen isolirte Varietät der Cholerabacterien und über die bacteriologische Choleradiagnose, par BORDONI-UFFREDUZZI et ABBA** (*Hyg. Rundsch., IV, n° 11, p. 481, 1er juin 1894*).

Le bacille qui fait l'objet de ce travail a été isolé du contenu intestinal, du sang cardiaque et du suc splénique d'une femme qui avait succombé en 48 heures à une attaque de choléra après avoir présenté dans les selles de nombreux bacilles en virgule.

A l'œil nu, l'aspect des cultures est le même que celui du bacille cholérique typique, mais leur développement et la liquéfaction de la gélatine sont beaucoup plus rapides. Les bacilles semblent plus épais, plus courts et moins uniformes que les bacilles habituels du choléra indien ; à côté de formes courbes, on en trouve beaucoup de rectilignes et quelques éléments gros et courts ont presque l'apparence de microcoques. Dans les

cultures sur milieux liquides, la forme incurvée ressort mieux, mais il ne se produit pas de spirilles. Ce bacille est mobile et muni d'un cil unique. Il coagule le lait au bout de 8 jours seulement. En 12 heures, à la température de 37°, il décolore le bouillon teint avec le tournesol; mais au bout de 3 jours celui-ci reprend sa couleur bleue. Sur le sérum durci de veau, à la température de 37°, il ne se développe qu'au bout de 4 jours. Il offre la réaction du nitrosindol. Injecté dans la cavité péritonéale, il tue les cobayes par péritonite en 24 ou 48 heures et on le retrouve seul et multiplié dans le liquide du péritoine et le sang. En injection sous-cutanée, il ne provoque qu'une élévation passagère de la température. Il rend les pigeons malades sans les tuer. Après 9 mois de cultures il est devenu de plus en plus semblable au type du bacille cholérique aussi bien sous le rapport morphologique que par ses effets pathogènes.

Sanarelli a signalé (*R. S. M.*, XLIII, 468) dans l'eau de Seine de nombreux vibrions tout à fait semblables au bacille de Koch. Sur 110 cultures faites avec des échantillons d'eau de 40 puits, à Turin, et de l'eau du Pô qui reçoit les égoûts de la ville, B. et A. n'ont isolé qu'une seule fois (dans l'eau d'un puits) un bacille courbe offrant une ressemblance éloignée avec le bacille cholérique mais s'en distinguant facilement par les caractères suivants: 1° Sa forme. C'est un bacille gros et court, pas toujours incurvé, croissant même ordinairement rectiligne sur les milieux solides, tandis que dans la solution de peptone salée, il se développe courbe et offrant des spirilles mêlées à des formes de dégénération ; les pôles prennent mieux les couleurs basiques d'aniline que le centre ; 2° son développement sur gélatine qui est très rapide, avec production d'une dépression infundibuliforme assez régulière ; 3° l'absence de réaction de nitrosindol ; 4° sa virulence extrême pour les cobayes et les pigeons.

Il n'est d'ailleurs pas rare d'observer sous le microscope, des formes courbes dans la pellicule qui se développe sur l'eau additionnée de peptone et de chlorure sodique et maintenue à 37°, tandis que les cultures en plaques ne révèlent que la présence du bacille liquéfiant. J. B.

**I. — Beiträge zu den experimentellen Cholerastudien an Meerschweinchen, par KOLLE** (*Zeitschrf. f. Hyg. und Infektionskr.*, *XVI*).

**II. — Ueber das Verhalten der Choleraculturen in Hühnereiern, par ZENTHÖFER** (*Ibid.*).

**III. — Studien zur Choleraätiologie, par R. PFEIFFER** (*Ibid.*).

**IV. — Ueber die intraperitoneale Cholerainfection der Meerschweinchen, par O. VOGES** (*Ibid.*, *XVII*).

I. — Kolle a recherché si l'on retrouvait des bacilles cholériques dans l'intestin, d'une façon constante, quelle que fût la voie de leur introduction dans le corps. A cet effet, il a infecté des cobayes soit par injections intra-péritonéales, soit par laparotomie, afin d'être bien certain de ne pas léser l'intestin, en introduisant les matières infectieuses, soit par la plèvre. Il a reconnu que dans 20 à 33 0/0 des cas on trouve, à l'endroit de l'intestin examiné, des bacilles cholériques en nombre parfois considérable. Sur 7 animaux infectés par injections dans la carotide, 3 offraient des bacilles cholériques dans le contenu intestinal.

II. — Zenthoefer a inoculé des œufs de poule avec des cultures cholériques pures. Dans 2 œufs, les bacilles cholériques se sont maintenus purs et vivants 57 jours.

III. — Pfeiffer est toujours partisan de l'opinion que le poison cholérique se trouve mis en liberté dans l'économie animale par suite de la destruction des corps des bacilles. Chez les cobayes ordinaires, l'introduction dans la cavité abdominale des bacilles cholériques (lesquels peuvent s'y multiplier quelque temps) est d'abord suivie de fièvre; ce n'est seulement que 3 ou 4 heures plus tard que survient l'abaissement de la température ; au contraire, chez ceux qui ont acquis un haut degré d'immunité à l'égard du choléra (et, partant, dans la cavité abdominale desquels les bacilles cholériques périssent en 1 ou 2 heures), les phénomènes d'empoisonnement, notamment l'abaissement thermométrique, se produisent immédiatement (au bout d'une heure déjà la température est tombée à 33°), mais disparaissent aussi vite. Les choses se passent de la même façon quand, à des cobayes ordinaires, on injecte les bacilles dans le système circulatoire, évidemment parce qu'ils y sont détruits très rapidement, en un quart d'heure. Dans les deux cas, la quantité de bacilles nécessaire pour tuer les cobayes est la même, ou à peu près, que les bacilles soient vivants ou qu'ils aient été tués par le chloroforme.

D'après Hueppe, le poison cholérique naîtrait dans l'intestin humain par suite d'un dédoublement anaérobiotique des albuminoïdes du corps effectué par les bacilles de Koch. Cette manière de voir se trouve infirmée par les expériences de Pfeiffer, de Zenthoefer.

IV. — Avec une culture cholérique fournie par ses selles, Voges a fait des expériences sur la possibilité de transmettre indéfiniment, à d'autres animaux, l'exsudat péritonéal de cobayes morts d'infection cholérique intra-péritonéale et sur la possibilité de tuer de cette façon des séries entières d'animaux par petites doses. Ayant inoculé en tout 10 animaux et reconnu que la dose mortelle minima variait de 0,025 à 0,04 centimètres cubes d'exsudat par 100 grammes de cobaye, il conclut qu'il n'y a pas de doute que l'exsudat péritonéal ne puisse se cultiver avec succès sur d'autres animaux formant une longue série, pourvu qu'on ait fait choix d'une dose suffisante. Mais ces inoculations en séries ne sont nullement spécifiques du choléra, pas plus que les phénomènes de l'infection péritonéale, car on obtient les mêmes résultats avec le bacille prodigieux. J. B.

**Recherches sur le mode de destruction du vibrion cholérique dans l'organisme; contribution à l'étude du problème de l'immunité, par J. CANTACUZÈNE** (*Thèse de Paris, n° 391, 1894*).

Dans les tissus, ce sont les phagocytes qui sont les agents uniques de la destruction des vibrions. L'exsudat sous-cutané d'un cobaye vacciné auquel on injecte du vibrion sous la peau, contient au bout d'un petit nombre d'heures 700,000 leucocytes par millimètre cube presque tous bourrés de vibrions dégénérés et on ne voit pas de vibrions libres; au contraire chez un cobaye neuf on trouve dans les mêmes conditions 400 leucocytes et une quantité énorme de vibrions tous libres.

Si on donne de la teinture d'opium au cobaye vacciné, on supprime l'immunité, or on sait que l'opium paralyse les leucocytes et empêche

leur diapédèse. Cela prouve également qu'il n'y a pas d'action bactéricide des humeurs chez le cobaye vacciné, puisque la seule action de l'opium permet aux vibrions de pulluler et d'infecter le sang. On voit encore que pour la même raison on ne peut admettre d'action toxicide des humeurs des animaux vaccinés.

Les cobayes non vaccinés jouissent d'une immunité naturelle contre de très faibles doses de vibrions injectés dans les tissus. C'est encore la phagocytose qui est leur mode de défense. L'opium supprime aussi cette immunité.

Dans la cavité intestinale du cobaye le milieu est extrêmement bactéricide pour le vibrion cholérique et cette propriété bactéricide est exagérée chez les cobayes vaccinés ; ici il s'agit d'une action chimique et la phagocytose n'intervient pas tant que l'épithélium intestinal n'est pas desquamé, mais après sa chute les vibrions pénètrent dans la paroi et alors sont englobés par les leucocytes.

Il est probable que le processus est le même chez l'homme qui guérit du choléra, en effet au début de la période de réaction les selles se chargent de leucocytes bourrés de vibrions. H. BOURGES.

**Preventive inoculation for cholera in India, par R. MACRAE** (*Brit. med. Journ., 22 septembre 1894*).

Pendant l'épidémie de l'été de 1894 dans la prison de Gaya, Haffkine a inoculé par son procédé, 215 prisonniers sur 433 ; la mortalité comparée des vaccinés ou non a été chez les premiers : 4 morts sur 5 cas de choléra après la première inoculation ; 1 mort sur 3 après deux inoculations. Chez les non inoculés, la mortalité était au même moment : 5 morts sur 7 cas dans les premiers jours ; 3 morts sur 7 dans les trois jours suivants ; 2 morts sur 8 dans la seconde semaine. A. C.

**Nouvelles données sur la bactériologie du choléra, par A.-J. WILTSCHUR** (*Centralbl. f. Bakt., 11 août 1894, p. 158.*)

L'auteur, dans les années 1892 et 1893, a observé à l'hôpital Obuchow (Saint-Pétersbourg) 106 cholériques, dont 60 ont été l'objet d'examens bactériologiques. Dans tous les cas, sauf dans 3 d'entre eux, des préparations faites avec les selles des cholériques montrèrent des bacilles virgules semblables à ceux décrits par Koch, mais 3 ou 4 fois plus longs, rappelant l'aspect des vibrions qu'on trouve dans des cultures dont le milieu nutritif est épuisé et qui sont sur le point de mourir. En même temps que ces vibrions, les préparations contenaient de petits bâtonnets colorés à leurs extrémités, avec un espace clair au centre, ne rappelant en rien l'aspect du bacille de Koch.

Dans les cultures sur plaques ensemencées avec les selles cholériques, l'auteur trouva dans les 70 cas, pour ainsi dire à l'état de culture pure, ces petits bâtonnets bipolaires. Dans les différents milieux de culture ces bacilles poussaient avec une énergie extraordinaire, couvrant rapidement toute la surface de la gélose, liquéfiant la gélatine en entier en 4 ou 5 jours. Par cultures successives, au bout de 10 à 15 générations, ce bacille bipolaire se transforma en bacille virgule type. En même temps les colonies devenaient plus discrètes et la gélatine était plus lentement

liquéfiée. L'auteur en conclut que ces bacilles bipolaires n'étaient autres que des bacilles virgules modifiés par l'influence du climat et que le bacille du choléra peut sous des influences extérieures variées modifier ses caractères morphologiques et biologiques au point de devenir méconnaissable. H. BOURGES.

**Recherches sur le choléra et les vibrions, 4e mémoire sur l'immunité de la réceptivité vis-à-vis du choléra intestinal, par El. METCHNIKOFF** (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 8, août 1894*).

L'immunité locale, ce fait solidement établi dans l'épidémiologie du choléra, ne peut être expliquée par des conditions particulières, empêchant la vie du vibrion spécifique. Ce microbe peut se trouver en dehors de l'épidémie cholérique et dans des endroits parfaitement indemnes. Il n'est pas possible d'admettre que l'immunité locale tienne à l'état de vaccination inconsciente et permanente des habitants. Le sang des habitants des localités indemnes ne se distingue par aucune propriété particulière préventive vis-à-vis de l'infection cholérique. L'ingestion de cultures cholériques ne protège pas sûrement contre l'effet pathogène du vibrion de Koch.

Le vibrion cholérique développé sur des milieux nutritifs avec d'autres microbes, subit une grande influence de la part de ces derniers. L'immunité des animaux contre le choléra intestinal est en grande partie due à l'influence empêchante de la flore du canal digestif sur le vibrion cholérique. Tant que les jeunes lapins ne se nourrissent que du lait de leur mère, ils manifestent une grande sensibilité pour le vibrion cholérique. Il se développe chez eux un choléra intestinal, analogue à celui de l'homme. Ce choléra est facilité par l'action de certains microbes. Les jeunes cobayes sont moins sensibles à l'ingestion du vibrion cholérique que les jeunes lapins. Aussi le choléra intestinal des jeunes cobayes est beaucoup moins typique que celui des jeunes lapins. Le vaccination des jeunes lapins par les cultures stérilisées ou vivantes du vibrion cholérique ne les protège pas contre le choléra intestinal. La protection des jeunes lapins contre le choléra intestinal par le sérum des animaux vaccinés contre la péritonite cholérique, est quelquefois efficace. Mais cette action est trop inconstante pour qu'on puisse se fier à elle. Le sérum du cheval normal ne peut pas être sûrement utilisé pour protéger les jeunes lapins contre le choléra intestinal.

Les tentatives pour empêcher le choléra à l'aide des microbes, ont démontré qu'il existe des bactéries dont la présence dans les voies digestives gêne l'action pathogène des vibrions. Ces expériences, non achevées, n'ont pas abouti jusqu'à présent à un résultat définitif. Dans l'immunité et la réceptivité de l'homme et des animaux vis-à-vis du choléra intestinal, la flore microbienne du canal digestif joue un rôle important. S'appuyant sur ce fait, on peut facilement concilier la vérité fondamentale que le vibrion de Koch est l'agent spécifique du choléra avec les données de l'épidémiologie, notamment avec l'influence des lieux et du temps sur la marche des épidémies cholériques. PAUL TISSIER.

**Note sur la bactériologie des selles dans la dysenterie chronique endémique des pays chauds, par BERTRAND et BOUCHER** (*Gaz. hebd. de méd. Paris, 14 avril 1894*).

La microbiologie des selles de la forme chronique de la dysenterie endémique des pays chauds montre les mêmes vibrions, microcoques, bactéries ou bacilles que dans la dysenterie nostras épidémique. Cependant l'influence du coli-bacille plus ou moins modifié semble prédominer pour la première, et celle du microbe pyocyanique pour la seconde. Dans la première les streptocoques sont plus faciles à trouver et les vibrions anaérobies sont moins abondants. Les staphylocoques paraissent avoir une égale importance dans les deux variétés de dysenterie. LEFLAIVE.

**Recherches sur l'étiologie de la dysenterie aiguë des pays chauds, par O. ARNAUD** (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 7, p. 495, 25 juillet 1894*).

Les caractères morphologiques et biochimiques du bacille qui paraît être l'agent pathogène de la dysenterie des pays chauds, permettent d'identifier ce bacille au bacillus coli communis, qui aurait acquis, sous l'influence de causes qui restent à déterminer, une suractivité végétative, en même temps que des qualités pathogènes spéciales. Plus la dysenterie est grave, plus le bacillus coli tend à être le seul dans le gros intestin et plus grande paraît être sa virulence. PAUL TISSIER.

**Beitrag zur Kenntniss..... (Contribution à l'étude des suppurations d'origine typhique) par G. SULTAN** (*Deutsche med. Woch., n° 34, 1894*).

La plus longue durée, observée jusqu'ici, de persistance des bacilles typhiques dans le corps humain est de un an à 18 mois (Klemm-Janowski). Dans le cas observé par Sultan, cette durée a été de 6 ans. Les bacilles retirés de deux abcès, l'un de la région claviculaire et l'autre de la 12e côte, présentaient les caractères typiques du bacille d'Eberth. Le malade avait eu, 6 ans auparavant, une fièvre typhoïde grave, les abcès s'étaient formés quelques semaines après la maladie, s'étaient ouverts spontanément et avaient donné lieu à des fistules. Deux séquestres furent retirés de chacun de ces abcès. H. DE BRINON.

**Zur Pathogenese des Tetanus, par GUMPRECHT** (*Deutsche med. Woch., n° 26, 1894*).

Trois points surtout sont en discussion dans la pathogénie du tétanos :

1° La généralisation des contractures qui se produit après l'application du poison ;

2° La contracture locale du membre inoculé ;

3° Le mode de transmission du poison dans le corps.

Sur le premier point, les expérimentateurs s'accordent à reconnaître que l'on a affaire à un état d'excitation réflexe exagéré de la moelle.

Sur les deux derniers points, Gumprecht s'applique surtout à combattre l'opinion des auteurs français qui attribuent la contracture locale du membre inoculé à une irritation des extrémités périphériques des nerfs sensitifs. Reprenant leurs expériences qui consistent à inoculer un membre

après avoir coupé toutes les racines des nerfs sensitifs de ce membre, il est arrivé à constater que le tétanos local du membre inoculé est aussi net que dans l'état normal. Brunner a émis une autre explication : pour lui, le tétanos local est dû à ce que le poison inoculé sous la peau atteint directement les plaques terminales des nerfs moteurs, cette explication est inadmissible ; l'auteur a constaté que la courbe des muscles tétanisés est normale et le muscle ne présente pas la réaction de dégénérescence. L'hypothèse la plus vraisemblable c'est que le poison arrive à la moelle en suivant le trajet des nerfs et détermine tout d'abord une lésion locale de la moelle. L'observation des faits semble même prouver que, dans la moelle, la transmission se fait toujours du même côté, d'un centre moteur au centre moteur le plus voisin : par exemple, du centre moteur du membre inférieur au centre moteur de la queue. H. DE BRINON.

**I. — Das Tizzoni'sche Tetanusantitoxin, par W. HUEBNER** (*Deutsche med. Woch.*, *n° 33, 1894*).

**II. — Erwiderung auf die Arbeit von Dr Hübner....., par TIZZONI et CATTANI** (*Ibid.*, *n° 40*).

I. — L'auteur a vérifié les assertions de Tizzoni sur la valeur immunisante de ce sérum. Il résulte de ses expériences que la valeur immunisante de ce sérum n'est que de 1 pour 30 millions et non 1 pour 100 millions comme l'affirme Tizzoni. Par suite ce sérum ne peut suffire pour la guérison des cas graves ou traités tardivement même administré avec des quantités de 2 à 400 centimètres cubes.

II. — Tizzoni attribue la différence qu'Hübner a trouvée sur la valeur d'immunisation de son antitoxine à la méthode qu'il a suivie : il reconnaît que la méthode d'Ehrlich adoptée par Hübner est plus commode que la méthode de Behring mais quelle que soit la méthode employée, l'évaluation de la dose mortelle minima est toujours un peu arbitraire ; il aurait donc mieux valu pour comparer les résultats se servir de la même méthode.

La principale objection faite par Hübner, que le sérum de Tizzoni ne possède pas une activité suffisante pour guérir un cas de tétanos grave, est contredite par les faits cliniques, car parmi les cas de guérison, Tizzoni peut citer un cas de tétanos de la tête et un cas de tétanos du nouveau-né. R. DE BRINON.

**Étude des différents modes de propagation du bacille tétanique, par F. BISSÉRIÉ** (*Thèse de Paris*, *1894*).

De ce que le bacille tétanique se trouve dans un grand nombre d'échantillons de terres, dans la plupart même, et de ce qu'on le retrouve fréquemment dans les vêtements, les téguments de l'homme, les déjections des animaux, l'auteur en arrive à conclure avec trop de précipitation qu'on doit se méfier du contact des animaux. Il serait plus juste d'incriminer plus directement la terre et plus indirectement les déjections des animaux et en particulier des herbivores.

La conclusion pratique qu'en tire l'auteur est d'apporter les soins les plus minutieux au pansement des plaies souillées par la terre ou par tout ce que la terre a pu elle-même contaminer. E. MOSNY.

**Neue Beobachtungen über die diagnostische..... (Sur l'emploi de la malléine chez l'homme et les animaux au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique) par A. BONOME** (*Deutsche med. Woch.*, *nos 36 et 37*, *1894*).

L'animal qui paraît le plus sensible à la malléine et le plus propre à établir sa valeur diagnostique est le lapin. Le chat vient en second lieu ; le cobaye et le chien sont beaucoup plus résistants.

L'injection de malléine, chez le cheval ne peut être considérée comme moyen certain de diagnostic de la morve ; les expériences de Bonome qui ont porté sur 32 chevaux, concordent avec les conclusions de la commission française du ministère de la Guerre. Sur les 30 chevaux auxquels une injection de malléine de 1 centimètre cube à 1 1/2 avait été faite, 24 éprouvèrent une réaction fébrile plus ou moins intense, les 6 autres ne réagirent pas. Parmi les 24 premiers, 19 furent tués et, à l'exception d'un seul, tous présentèrent des signes manifestes de morve. Dans les 5 autres qui ne furent pas mis à mort, un seul donna par inoculation aux cochons d'Inde et aux chiens et par cultures des preuves de morve. La réaction fébrile que l'on obtient au moyen de la malléine n'est donc pas un criterium certain de l'existence de la morve chez le cheval.

Bonome a eu l'occasion de traiter, avec la malléine, un cas de morve humaine ; cette observation, unique jusqu'à ce jour, l'amène aux conclusions suivantes :

1° La malléine obtenue à l'aide de cultures provoque chez l'homme atteint de morve chronique une réaction beaucoup plus violente que chez le cheval. 2 ou 3 gouttes suffisent tandis qu'il faut 1 centimètre cube chez le cheval. L'intensité de la réaction est proportionnelle à la dose, mais elle va en diminuant au fur et à mesure qu'on répète les injections.

2° Chaque injection provoque un gonflement œdémateux et douloureux qui disparait rapidement.

3° Pendant les jours qui suivent l'injection, la température tombe souvent à un niveau très bas, 35°,5 par exemple, et s'y maintient de 24 à 48 heures, sans aucun symptôme objectif ou subjectif.

4° La réaction s'accompagne d'une polyurie très abondante même avec des sueurs profuses ; l'urine est presque toujours fortement alcaline.

L'action des injections de malléine sur les manifestations locales de la morve s'est montrée très efficace.

L'auteur a essayé aussi chez le cochon d'Inde, le chien et le cheval d'établir la valeur curative de la malléine.

Chez le cochon d'Inde, c'est la malléine obtenue à l'aide du sérum de bovidé qui s'est montrée d'une plus grande efficacité. Chez le chien, celle obtenue par la culture du bacille en laboratoire et, chez le cheval, celle obtenue par le sérum du chat. Bonome a obtenu une guérison complète de morve spontanée chez le cheval, guérison qui se maintient depuis un an.

H. DE BRINON.

**Étude d'une nouvelle mucédinée pyogène parasite de l'homme (variété de botrytis), par AUCHÉ et LE DANTEC** (*Archives de méd. exp.*, *VI*, *6*).

Le pus de deux abcès, survenus chez un diabétique à la suite d'une lymphangite, contenait une mucédinée qui existait à l'état de culture pure,

dans le pus blanchâtre d'apparence colloïde. Son existence à l'état isolé, à l'exclusion de toute autre variété microbienne, et sa prédilection très prononcée (au moins dans les premières cultures) pour les milieux sucrés font penser qu'elle a bien été la cause des deux foyers purulents. Cette mucédinée est pathogène pour le lapin et peut déterminer chez cet animal la formation de collections purulentes. Elle appartient au groupe des botrytis, mais ne se rapporte à aucune des espèces connues et n'a jamais été décrite comme parasite en pathologie humaine. GIRODE.

**Demonstration von Actinomycosen-Präparaten, par Max WOLFF** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 12*, *p. 296*, *19 mars 1894*).

Max Wolff et James Israël ont réussi (*R. S. M.*, XXXVI, 491 et XL, 92) à obtenir des cultures pures de l'actinomycète qu'ils ont inoculées à divers animaux, lapins, cobayes, mouton; en tout 22. Chez tous, à l'exception du mouton, l'inoculation fut fructueuse, mais à l'autopsie, si l'on trouvait bien les tumeurs caractéristiques, aucun de ces animaux n'offrait de métastase viscérale.

C'est ce que vient d'obtenir Wolff sur un cobaye qu'il a gardé vivant 18 mois après l'inoculation intra-péritonéale d'une culture sur agar. Cet animal, outre plusieurs tumeurs placées comme chez les précédents, présentait, dans le foie, une tumeur de la grosseur d'une prune, dont le contenu, à l'état frais, avait la consistance du suif et se composait de grains de couleur soufre, variables du volume d'un grain de mil à celui d'une lentille; l'examen microscopique confirma leur nature. J. B.

**Études sur le muguet, par Hector GRASSET** (*Thèse de Paris*, *1894*).

Grasset montre tout d'abord que le microscope peut être insuffisant pour dévoiler l'existence du muguet, noyé au milieu d'éléments microbiens, et que seule la culture permet parfois de le prouver; le pseudo-muguet peut être cliniquement identique au muguet; il préconise pour les cultures l'emploi d'agar ordinaire ou glucosé, ou sur la carotte cuite stérilisée.

Le muguet cultivé se développe en général en 36 à 48 heures; parfois en 24 heures, parfois en 3 jours. Les inoculations prouvent que l'action pathogène est en raison directe de la dose, pour une même culture, quant aux lésions et à la rapidité de l'infection. Si on compare des cultures d'origine différente les effets sont très variables surtout dans les injections sous-cutanées. Les injections intra-péritonéales sont presque toujours stériles; les injections intra-veineuses sont les plus constantes. On peut obtenir la mycose expérimentale surtout en injectant dans la veine auriculaire d'un lapin une culture liquide de muguet. Les poumons, les centres nerveux et les méninges restent indemnes; les reins étaient toujours malades; le péritoine souvent. H. L.

**Ueber die physiologische Wirkung des löslichen Producte einiger Bacterien und besonders der pyogenen Staphylokokken, par J. SALVIOLI** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 13*, *p. 307*, *26 mars 1894*).

Injection rapide (en 20 ou 25") dans la veine jugulaire d'un chien (de 9 livres) de 35 centimètres cubes d'une culture de staphylocoque pyogène

doré en bouillon simple (le bouillon peptonisé provoque les mêmes effets que les cultures staphylococciques) ou sur sérum de bœuf privé ou non par la chaleur de ses matières albuminoïdes coagulables.

Déjà pendant l'injection, ou quelques secondes après, on note un abaissement rapide et considérable de la pression sanguine. Immédiatement après l'injection, la fréquence respiratoire s'accroît considérablement. L'animal est agité et hurle ; émission de l'urine, des fèces et vomissements. Cette phase dure un peu moins d'une minute ; ensuite la pression sanguine s'élève un peu, mais les battements cardiaques restent toujours petits et fréquents et les mouvements respiratoires sont superficiels. Fait important, le sang a perdu sa coagulabilité et reste complètement liquide jusqu'à entière putréfaction.

L'âge des cultures influe peu sur ces résultats qui ne sont pas dus à la présence de microorganismes dans le liquide, car les cultures qui ont passé le filtre de Berkenfeld et celles qui sont stérilisées produisent les mêmes effets.

Le staphylocoque pyogène blanc agit de la même façon que le pyogène doré ; en revanche le streptocoque n'a aucun effet ou des effets peu sensibles (léger retard dans la coagulation du sang).

D'autres microbes liquéfiants, tels que le bacille de Finkler et de Prior et le protée vulgaire déterminent également un abaissement de la pression sanguine, des modifications de la respiration et la perte de coagulabilité du sang. C'est le bacille de Finkler qui développe l'action la plus énergique. Mais Salvioli a cependant expérimenté quelques microbes aquatiques liquéfiants qui ne jouissent pas de cette propriété.

Il résulte de ces expériences que les effets dus aux cultures entières de certains microorganismes sont très analogues à ceux des ferments amorphes animaux et végétaux qui produisent aussi un abaissement de la pression sanguine et la perte de la coagulabilité du sang ; d'où la pensée que les effets de ces cultures tiennent à la présence à leur intérieur de certains ferments. J. B.

**Beitrag zur Frage nach der Beziehung des Streptococcus pyogenes zur Aetiologie des Scharlachs, par Johannes BÖHM** (*Hyg. Rundsch., IV, n° 8, p. 362, 15 avril 1894*).

S'appuyant surtout sur la présence constante des streptocoques dans 13 cas de néphrite glomérulaire récente, Babès a fait de ces microbes l'agent causal de la scarlatine.

Dans un cas de scarlatine terminé mortellement, au bout de 48 heures, par des convulsions, Boehm a recherché les streptocoques dans la peau et dans presque tous les organes. Il ne les a trouvés que dans les amygdales. Aussi considère-t-il leur présence dans les organes internes des scarlatineux comme le résultat d'une infection secondaire. Il n'a d'ailleurs pas rencontré non plus de microbe spécial. La seule lésion histologique des viscères consistait en la tuméfaction trouble. J. B.

**I. — Beiträge zur Lehre von den Bacterien des blauen Eiters (Bacillus pyocyaneus), par JAKOWSKI** (*Zeitschr. f. Hyg. und Infekt., XV, et Hyg. Rundsch., IV, n° 9, p. 400, 1er mai 1894*).

**II. — Zur Frage der Pathogenität des Bacillus pyocyaneus für den Menschen, par H. KOSSEL** (*Ibid.*, *XVI, et ibid.*, *n° 14*, *p. 638*, *15 juillet 1894*).

I. — Jakowski a obtenu le bacille pyocyanique en cultures pures une fois d'une fistule du gros instestin et une fois d'une fistule de l'intestin grêle. Il a profité de l'occasion pour étudier les produits ultimes de la décomposition de l'albumine provoquée par ce microorganisme. Il a trouvé comme produits gazeux, de l'hydrogène sulfuré et de faibles traces de méthylènemercaptan ; des traces douteuses d'alcools ; des traces certaines de composés oxygénés aromatiques et de scatol ; enfin, de l'acide butyrique.

Les lapins auxquels on inocule dans le péritoine ou dans les veines le bacille pyocyanique succombent au milieu de cachexie et de diarrhée. Leur autopsie est négative, mais on peut retrouver le bacille en cultures pures dans le sang cardiaque et dans tous les viscères. Mêmes résultats par injections intrapéritonéales chez les cobayes.

Le passage du bacille par l'organisme animal accroît très nettement ses propriétés chromogènes.

Dans 200 autopsies de malades, J. n'a rencontré que ces 2 fois le bacille pyocyanique. Celui-ci présentait certaines différences avec les pyocyaniques $\alpha$ et $\beta$ ; il se développait un peu différemment sur les pommes de terre ainsi que dans le lait ; il était anaérobie facultatif et ne formait pas de spores. Mais J. croit que ce sont là des caractères acquis résultant du séjour dans le tube intestinal humain.

II. — Kossel rapporte l'histoire de 3 nourrissons chez lesquels le bacille pyocyanique avait provoqué des accidents graves. Ils offrirent à l'autopsie de la suppuration de l'oreille moyenne et du nez. Chez l'un d'eux le bacille avait en outre entraîné une affection gastro-intestinale à laquelle l'enfant succomba, tandis que, dans l'autre cas mortel, le bacille pyocyanique avait déterminé une inflammation suppurée de la pie-mère.

Le bacille paraît nicher facilement dans le pharynx nasal, surtout quand cette région est enflammée ; de là il gagne l'oreille moyenne.

8 fois sur fois 52, K. l'a constaté dans le pus de la caisse du tympan chez des nourrissons ; le plus souvent, il est vrai, associé à d'autres microorganismes. 3 fois il l'a retrouvé en même temps dans le sang. J. B.

**I. — La peste bubonique à Hong-Kong, par YERSIN** (*Bulletin méd.*, *23 septembre 1894*, *et Ann. Inst. Pasteur*, *VIII*, *9*).

**II. — Note sur la peste, par KITASATO** (*Bull. méd. 23 septembre 1894*).

I. — La peste bubonique qui a sévi au mois de mai dernier, à Hong-Kong, s'est présentée avec les symptômes et les caractères cliniques de l'ancienne peste à bubons, que l'on a observée autrefois autrefois en Occident. Les études microbiologiques, que Yersin a faites à cette occasion, ont porté non seulement sur les animaux (souris, rats, buffles et porcs) qui contractent facilement la maladie, mais encore sur l'homme.

Dans la pulpe des bubons il a constamment trouvé, en grande quantité, un bacille court, trapu, à bouts arrondis. Le sang en renferme quelquefois, mais en bien moins grande abondance. Les inoculations de la pulpe du bubon déterminent la mort des animaux avec les lésions caractéris-

tiques et de nombreux bacilles dans les ganglions, dans la rate et dans le sang. Une ingestion de fragments de rate ou de cultures donne lieu aux mêmes résultats.

La peste est donc une maladie contagieuse et inoculable, et, d'après les observations de l'auteur, le rat serait le principal véhicule de l'agent contagieux. Sur les cadavres de ces animaux on trouve en grande abondance le bacille de la peste, dont la présence est également constatée sur les mouches crevées. Enfin ce bacille a encore pu être isolé de la terre, à une profondeur de 4 à 5 centimètres, dans un local qui avait été infecté et insuffisamment désinfecté. Il est important de noter que dans certaines cultures on a pu isoler plusieurs variétés de bacilles, dont quelques-unes avaient perdu toute virulence pour le cobaye.

II. — Les recherches que Kitasato a faites, cette année, sur les pestiférés de Hong-Kong, lui ont également permis de décrire le même bacille, et par les inoculations et les cultures de formuler les conclusions suivantes : Ce bacille, ayant la forme d'un bâtonnet à bouts arrondis, ne se trouve que dans le sang, les bubons et les organes internes des pestiférés. Il ne se trouve dans aucune autre maladie contagieuse. Avec ce bacille il est possible de provoquer chez les animaux les mêmes symptômes que ceux présentés chez l'homme par la même maladie. Ce bacille, qui pénètre dans le corps humain par la respiration, par une blessure externe et peut-être par le tractus intestinal est la cause de la peste bubonique. Cette peste est donc une maladie contagieuse produite par un bacille spécifique. OZENNE.

**Note sur le streptococcus brevis des abcès du bassin, par DOLERIS et BOURGES** (*Nouv. Arch. d'obst., février 1894*)

L'examen du pus provenant d'une ponction d'un abcès pelvien a permis d'y reconnaître le micro-organisme semblable à celui décrit par von Lingelsheim, et désigné sous le nom de streptococcus brevis. Sa morphologie, ses cultures sont identiques. Inoculé à deux lapins, il s'est montré dépourvu de toute activité pathogène. D'accord avec les qualités qui lui ont été reconnues, on peut donc penser qu'il est peu actif ou pas actif du tout. PORAK.

---

# PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

**On the mode of action of lymphagogue, par E. STARLING** (*The Journ. of physiol., XVII, p. 30, 1894*).

Heidenhain appelle lymphagogues les substances qui, injectées dans le sang, accroissent l'écoulement de la lymphe dans le canal thoracique. Il y en a deux classes : 1° celles qui accroissent la lymphe aux dépens du

sang en appauvrissant celui-ci et en le diluant : telles sont les peptones, l'extrait d'écrevisse et de sangsue ; 2° celles qui accroissent la lymphe en eau et le sang en même temps, aux dépens des tissus, ce sont les cristalloïdes, sucre, sel, etc. La formation de la lymphe est fonction de deux facteurs : la perméabilité de la paroi sanguine et la pression sanguine intra-capillaire. Les lymphagogues de la seconde classe, sucre, etc., attirent l'eau des tissus et produisent une pléthore hydrémique avec augmentation de la pression capillaire. L'accroissement du flux lymphatique du canal thoracique est dû à l'accroissement de pression dans les capillaires de l'abdomen. Les lymphagogues de la première classe altèrent les cellules endothéliales des capillaires, particulièrement dans le foie, et accroissent leur perméabilité : ils altèrent aussi la couche musculaire des vaisseaux, particulièrement dans le domaine splanchnique, en produisant une dilatation vasculaire : ils altèrent enfin le cœur. L'accroissement du curant lymphatique est dû à l'accroissement de perméabilité des capillaires hépatiques, l'excès de lymphe dérivant du foie. DASTRE.

**I. — Sur la gymnema sylvestre, par SUCHANNEK** (*Therap. Monats.*, *n° 8, p. 403, aout 1894*).

**II. — Idem, par RABOW** (*Ibidem*).

I. — La gymnema silvestre, asclépiadée des Indes occidentales, employée à l'état d'extrait fluide ou de solution aqueuse d'acide gymnémique, est un excellent correctif pour les substances amères.

Il ne modifie pas les sensations d'acide, de salé, ni d'astringent. Il a été employé avec succès contre les parageusies des diabétiques. La simple décoction de feuilles de gymnema agit aussi bien. Cette plante agit sans doute en paralysant temporairement les fibres nerveuses du goût qui perçoivent les sensations sucrées.

II. — Rabow n'a reconnu au contraire aucun avantage à ce nouveau corps. PAUL TISSIER.

**Ueber die Einwirkung des Chinins auf den Stoffwechsel des Menschen, par C. v. NOORDEN et N. ZUNTZ** (*Arch. f. Physiologie, p. 203, 1894*).

Diminution assez notable de l'excrétion d'azote sous l'influence d'ingestion de chlorhydrate de quinine (0,5 à 1,4 gr. par jour). Pas d'influence sur la résorption des aliments ni sur la valeur des échanges respiratoires. Augmentation du volume d'air respiré. Les auteurs admettent une action de la quinine sur le protoplasme cellulaire, c'est-à-dire sur la consommation de l'albumine cellulaire. LÉON FREDERICQ.

**Sur la lorétine, par Ad. CLAUS** (*Deutsche med. Woch.*, *n° 38, 1894*).

La lorétine est employée, depuis 18 mois, à la clinique de Schinzinger dans tous les cas où l'on emploie ordinairement l'iodoforme. Cette expérience a donné les meilleurs résultats au point de vue soit de l'efficacité, soit de l'innocuité. A ce dernier point de vue, l'auteur cite particulièrement 3 cas dans lesquels des doses de 3 à 400 grammes de lorétine ont été employées sans aucune trace d'intoxication. H. DE BRINON.

**Ueber Inula graveolens (Aulnée fétide), par Martin MENDELSOHN** (*Deut. med. Woch.*, *n° 30, 1894*).

Les expériences entreprises par Mendelsohn sur les animaux démontrent que l'aulnée fétide a le pouvoir de paralyser la respiration et l'appareil locomoteur. Cette paralysie, comme cela arrive pour beaucoup d'autres médicaments, porte particulièrement sur les membres inférieurs. Mais une particularité spéciale à l'aulnée est que chez certaines espèces, en particulier chez les grenouilles, les membres supérieurs sont non seulement indemnes de paralysie mais atteints de contractures, ce qui semblerait indiquer la présence de deux corps d'actions contraires.

Il a été possible, en effet, d'isoler une substance provoquant des contractions. Lorsqu'on traite l'extrait par l'alcool à 90° la plus grande partie se dissout et donne une coloration verte, le reste forme une poudre jaune parfaitement soluble dans une solution de borax à 6 0/0. C'est cette poudre qui a le pouvoir de provoquer les contractions chez la grenouille; son action se porte sur le centre de contractions dans la moelle allongée : si on sectionne celle-ci, les contractions cessent immédiatement.

La portion soluble dans l'alcool jouit des mêmes propriétés paralysantes que l'extrait total. Cependant cette action paralysante appartient aussi à la poudre jaune en même temps que le pouvoir excitomoteur.

L'auteur pense qu'il y aurait lieu d'essayer l'extrait d'aulnée fétide contre l'asthme nerveux, la coqueluche et les toux spasmodiques.

H. DE BRINON.

**Ueber den Einfluss des Atropins... (Influence de l'atropine sur l'arythmie du cœur), par Karl DEHIO** (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LII, p. 97*).

Sur le cœur devenu arythmique par excitation du vague, l'atropine fait disparaître les irrégularités dans les cas légers; dans les cas de véritable folie du cœur, l'atropine reste par contre sans effet sur la fréquence comme sur le rythme des pulsations cardiaques. Il en est de même dans les faits cliniques. Dehio pense donc que ce n'est pas dans le nerf vague, mais dans les ganglions intra-cardiaques mêmes qu'il faut localiser la cause de l'arythmie. La perte de l'action régulatrice du vague est la cause de l'arythmie, aussi bien que de la bradycardie. C. LUZET.

**I. — Ueber Lactophenin, par STRAUSS** (*Therap. Monatsh.*, *n°s 9 et 10, septembre et octobre 1894*).

**II. — Ueber die Wirkung des Lactophenins, par A. JAQUET** (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte*, *n° 9, p. 274, mai 1894*).

I. — La lactophénine est un antipyrétique sûr dans la plupart des cas, facile à supporter par le malade, qui mérite d'être préféré aux antipyrétiques jusqu'ici employés, parce qu'on ne lui connaît aucune action nocive, ni dangereuse. Comme antinévralgique et sédative, elle semble devoir être mise sur le même rang que les autres médicaments analogues jusqu'ici employés. Ses avantages proviennent de son innocuité. Dans la fièvre typhoïde, elle doit être préférée à tous les agents utilisés; outre son innocuité, elle possède une action calmante spéciale sur le système nerveux. PAUL TISSIER.

II. — Jaquet a constaté, sur 42 malades, que c'est un antipyrétique commode et sûr, qui, déjà à la dose de 5 à 7 décigrammes, amène presque toujours, même chez les érysipélateux, un abaissement marqué et durable de la température, sans provoquer, pour ainsi dire jamais, de phénomènes accessoires inquiétants ou désagréables. Chez une femme atteinte d'érysipèle de la face, l'administration de 1 gramme a fait tomber la température de 40°,2 à 34°,7, dans l'espace de 8 heures, sans le moindre malaise. Les deux seuls phénomènes accessoires notés parfois à la suite de la lactophénine, sont des sueurs modérées et un peu de lourdeur de tête. Jaquet n'a jamais vu ni collapsus, ni dyspnée.

Mais la lactophénine a encore une action plus importante, c'est un sédatif dès qu'on la donne à doses un peu plus élevées : 8 décigrammes à 1 gramme. Le plus souvent elle n'amène pas de sommeil, se bornant à calmer les malades agités, à diminuer les douleurs des pneumoniques, les quintes de toux des phtisiques et à rendre moins bruyant le délire des alcooliques. J. B.

**Ueber Thioform, par STENER** (*Wiener med. Woch.*, *29 septembre 1894*).

Le thioforme est une poudre d'un gris jaunâtre, combinaison chimique non toxique de bismuth, de soufre et d'acide salicylique, sans odeur, ni saveur, insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther. S. s'en est servi au point de vue chirurgical comme succédané de l'iodoforme sur lequel il ne semble présenter aucun avantage ; ce produit sous forme de pommade à 10 0/0 lui a, par contre, donné de bons résultats dans 10 cas d'eczéma humide. CART.

**Comment il faut interpréter l'action antiseptique de l'iodoforme, par STCHÉGOLEFF** (*Arch. de méd. exp.*, *VI*, *6*).

L'iodoforme doit être considéré comme une substance antiseptique et antitoxique. Il exerce *in vitro* une action neutralisante directe sur les cultures de la tuberculose humaine et aviaire. Un contact de quarante-huit heures suffit à l'iodoforme pour amener la mort d'une culture de tuberculose humaine. Le même antiseptique, introduit dans l'organisme avec des bacilles tuberculeux vivants et virulents, diminue leur activité sans s'opposer absolument à leur développement. A l'égard des microbes pyogènes, l'iodoforme n'est pas un antiseptique dans le sens propre du mot: cependant lorsqu'il agit sur une surface suppurante, il neutralise les toxines nocives en les détruisant ou en formant avec elles de nouvelles combinaisons chimiques. Cette action antitoxique s'exerce même sur la toxine si dangereuse de la diphtérie. Enfin, la cadavérine de Brieger, quoique douée de propriétés pyogènes bien caractérisées (Grawitz) ne provoque plus la suppuration quand on l'injecte mélangée à de l'iodoforme.

D'une manière générale, l'iodoforme a encore l'avantage de diminuer sensiblement les sécrétions des plaies, d'augmenter la résistance que les tissus sont susceptibles d'opposer aux microbes, enfin, de n'exercer aucune action caustique. GIRODE.

**The effect of creosote on the virulence of the tubercle bacillus, par W. KINGTON FYFFE** (*Brit. med. Journ., p. 644, 22 septembre 1894*).

L'auteur tuberculise des cobayes en leur injectant sous la peau des crachats tuberculeux, et leur administre ensuite la créosote sous différentes formes. Voici les conclusions de ses expériences :

En faisant simplement inhaler de la créosote aux animaux, pas d'atténuation de la virulence du bacille.

En administrant la créosote par la bouche, à dose croissante, atténuation très notable de l'envahissement tuberculeux. En faisant vivre les cobayes dans un milieu saturé de créosote, résultats encore plus nets : quand on sacrifie les animaux, on ne retrouve des tubercules qu'au point d'inoculation, sans généralisation secondaire. Il en est de même de l'administration de la créosote en injections sous-cutanées. H. R.

**Ueber den Einfluss des Sulfonals und des Trionals, par SCHAUMANN** (*Therap. Monats., p. 383, août 1894*).

Ni le trional, ni le sulfonal, même à dose élevée, ne modifient les échanges nutritifs. Les variations constatées restant dans les limites normales, cette action nulle du trional et du sulfonal sur la destruction de l'albumine dans l'organisme permet de reconnaître à ces corps un avantage sur l'hydrate de chloral sans compter l'action nocive de ce dernier sur le cœur et les vaisseaux. PAUL TISSIER.

**Das Trional ein prompt wirkendes Schlafmittel (Le trional un hypnotique à action rapide), par GOLDMANN** (*Therap. Monats., n° 11, p. 559, novembre 1894*).

Le trional est actuellement l'hypnotique de choix à cause de son action rapide et de l'absence de tout effet fâcheux sur l'organisme ; il doit toujours être donné avec une assez forte quantité de liquide chaud. Comme par une administration défectueuse, il peut se produire de l'hématoporphynurie avec coloration rouge des urines, il faut veiller avec soin à la régularité des selles. En présence de ce trouble des urines, on donnera à fortes doses de l'eau chargée d'acide carbonique et en même temps du bicarbonate de soude (4 à 6 grammes).

Il ne faut pas dépasser la dose de 2 grammes. Le plus souvent il suffit de 1gr,5 et même de 1 gramme. Il est nécessaire d'interrompre de temps en temps la médication et pour faciliter l'élimination prescrire sous forme de limonade des acides végétaux (acide citrique). PAUL TISSIER.

**Zur Wirkung des Sulfonals und Trionals, par W. MORRO** (*Deutsche med. Woch., n° 34, 1894*).

Conclusions : 1° Le sulfonal n'est pas détruit en totalité dans l'organisme, une partie s'élimine en nature par l'urine et peut être obtenue à l'état cristallisé. La quantité ainsi éliminée augmente de jour en jour, et, en général, il faut 3 jours pour que la quantité de sulfonal accumulée dans le corps soit totalement éliminée ; ce médicament a donc une action cumulative et prolongée.

2° Il n'en est pas de même du trional qui est totalement détruit dans le

corps et ne peut être obtenu, en aucun cas, dans les urines à l'état cristallin ; ce médicament n'a pas d'action prolongée et cumulative.

3° Le trional présente les mêmes caractères que le sulfonal.

Ces expériences concordent avec les faits d'observation clinique ; néanmoins le trional qui paraîtrait le plus inoffensif, peut aussi donner lieu à des accidents d'empoisonnements et à l'apparition d'hématoporphyrine (Obs. de E. Schultze). H. DE BRINON.

**Note sur un nouveau produit dérivé du gaïacol, par V. VEDEL** (*N. Montpellier méd., n° 38, 1894*).

Le phosphite de gaïacol s'obtient par l'action du trichlorure de phosphore ; c'est un éther parfaitement et chimiquement défini ; il constitue une poudre blanche, cristalline, de saveur chaude, non caustique. Il est fusible à 77°,5 ; très soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme ; soluble dans l'eau, l'acétone, la benzine, le toluène, les huiles grasses, etc.

Le phosphite de gaïacol renferme 92,25 0/0 de gaïacol et 7,75 0/0 de phosphore directement absorbable.

Donné à des chiens à des doses journalières de 4 et 6 grammes dans du lait, il n'a déterminé aucun trouble. En solution dans l'huile à 1/15, il a été injecté impunément au lapin à la dose de 35 centimètres cubes d'huile ; ce qui correspond à une dose de 2$^{gr}$,3 de phosphite de gaïacol. Dans les mêmes conditions le chien a bien supporté des injections faites à la dose de 120 centimètres cubes d'huile, ce qui correspond à 8 grammes ; un effet meurtrier a été obtenu avec 16 grammes. On est donc autorisé à conclure que le phosphite de gaïacol présente une innocuité plus que suffisante pour permettre une large utilisation thérapeutique. G. LYON.

**On the physiological action of extract of the suprarenal capsules, par G. OLIVIER et T. SCHÄFER** (*The Journ. of physiol., XVI, p. 319*).

Les capsules surrénales cèdent à l'eau, à l'alcool ou à la glycérine une substance qui exerce une action très puissante sur les vaisseaux, le cœur et les muscles du squelette (chez les chien, chat, lapin et grenouille) à des doses variant de une trace à 2 décigrammes d'organe frais. L'extrait de capsules était fourni par les glandes du veau, du mouton et du chien. Les effets toxiques sont très passagers ; il faut des doses considérables pour produire la mort.

*L'effet vasculaire* consiste dans une contraction excessive des artères entraînant une élévation considérable de la pression du sang (que l'on constate facilement en coupant les vagues). La section du cordon cervical ne l'empêche pas, non plus que la section des nerfs se rendant au membre observé. C'est un effet périphérique. On l'observe encore chez la grenouille après destruction des centres nerveux et remplacement du sang par la solution saline.

*L'effet cardiaque* est une inhibition énergique : l'oreillette s'arrête, le ventriculte continuant à battre lentement. Si les deux vagues sont coupés, les battements sont extrêmement accélérés.

*L'effet musculaire* observé chez la grenouille consiste dans un affaiblissement des mouvements, une diminution et une abolition des réflexes

jusqu'à la paralysie apparente. La contraction musculaire provoquée directement ou par l'intermédiaire du nerf moteur montre une phase de relâchement très prolongée. Ces effets n'ont aucun rapport avec ceux qui sont produits par la neurine qui agit surtout sur la respiration et faiblement sur le cœur et les vaisseaux: il en est de même pour les sels de neurine. DASTRE.

**Extrait de sangsue et thrombose, par SAHLI** (*Centralbl. f. inn. Med.*, *2 juin 1894*).

Il existe dans la tête de la sangsue une substance qui empêche la coagulation du sang. En introduisant un corps étranger dans la veine jugulaire externe, on provoque la formation d'un caillot sanguin presque instantanément. Or, si l'on injecte préalablement une infusion d'une tête de sangsue dans 7 centimètres cubes d'eau, on empêche la coagulation de se faire pendant 8 jours au moins. (*R. S. M.*, XXXVIII, p. 433.) H. R.

**Ueber Pfeilgifte, par L. LEWIN** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 26*, *p. 612*, *25 juin 1894*).

On peut établir les groupes suivants parmi les poisons utilisés pour les flèches :

1° Poisons provoquant une inflammation ou une suppuration locales. C'étaient jadis des renonculacées, aujourd'hui ce sont des aroïdées (caladium seguinum), des asclépiadées (arum venenatum, calotropis procera), des euphorbiacées (E. tirucalli en Asie, E. cereiformis, virosa et arborescens dans le sud de l'Afrique, E. candelabrum chez les Dahoméens et quelques peuplades Nilotes), enfin des substances caustiques, retirées par exemple des fourmis.

2° Poisons de la respiration. Le plus usité est l'aconit employé dans les montagnes de l'Himalaya et chez les Aïnos de Yesso (A. ferox). L'élimination en étant très rapide, il suffit de pratiquer assez longtemps la respiration artificielle pour sauver les blessés.

3° Poisons du cœur, tels que l'ellébore des Gaulois. Aujourd'hui, dans la presqu'île malaise, au Tonkin, aux Célèbes, à Bornéo, on emploie particulièrement l'antiaris toxicaria qui contient l'antiarine, substance mortelle pour la grenouille déjà à la dose de 0,000009. Mais les acocantheras Schimperi, Deflersii fournissent des poisons encore plus énergiques aux naturels de l'Afrique orientale, au nord de l'Equateur. Lewin en a retiré de l'ouabaïne très active, qui ne tardera pas à être utilisée en thérapeutique, car ses effets sont à la fois plus sûrs et plus intenses que ceux de la digitale. Les indigènes du Zambèse, de l'Ogoué, de l'intérieur du Togo, etc., emploient des variétés de strophantus, poison agissant de la même façon, mais moins énergiquement. Dans le sud-ouest de l'Afrique, au nord et au nord-est de l'Herero, on trempe les flèches dans le suc de l'adenium bœhmianum. Chez les pygmées de Monbouttou et dans le nord-ouest de l'Afrique, on se sert de l'erythrophlaeum judiciale, poison à la fois cardiaque et convulsivant, doué de propriétés anesthésiantes. Les autres poisons de flèches rapportés d'Afrique par Stuhlmann, tels que le wahoko, le wawira, le wasongora sont aussi des poisons cardiaques. Pour tous ces poisons, le seul traitement efficace consiste à exciser largement les parties blessées.

4° Poisons convulsivants, moins dangereux, représentés par les strychnées, surtout le strychnos tieuté qui renferme de la strychnine, mais pas de brucine et est employé surtout à Bornéo ; en revanche, à Malacca, on emploie une autre espèce de strychnée ne contenant que de la brucine. Dans le sud de l'Afrique, c'est le bulbe de l'hémanthus toxicarius qui sert à empoisonner les flèches. Lewin l'a retrouvé très actif au bout de 90 ans dans une flèche qui était imprégnée en outre d'un suc d'euphorbe. A la limite septentrionale du désert de Kalahari, les Boshimans trempent leurs flèches dans le suc de la larve du diamphidia simplex (Péring) ; cette larve de coléoptère renferme une substance albuminoïde toxique déterminant de l'inflammation des intestins et des reins ainsi que des convulsions. Les Baroas, tribu des Bassoutos, possèdent également un poison de flèche excessivement toxique. Les naturels des Nouvelles-Hébrides lancent des flèches produisant souvent le tétanos. Il ne s'agit pas d'un poison végétal, d'autre part, Pfeiffer n'y a pas constaté la présence des bacilles de Nicolaier.

5° Poisons paralysants dont le type est le curare (strychnées) en usage sur les fleuves de l'Amazone et de l'Orénoque ainsi que dans la Guyane française. Les Indiens Chocos de la Nouvelle-Grenade emploient un venin de batracien, le phyllobates melanorhinus, qui a les effets du curare.

J. B.

**Recherches sur la diffusion dans l'organisme de certaines substances toxiques ou médicamenteuses injectées dans le sang circulant, par J. VERHOOGEN** (*Bruxelles, 1893*).

Orfila (1842) avait reconnu que les poisons minéraux séjournent longtemps dans le parenchyme hépatique. Albini les retrouve dans la bile ; Quevenne y retrouve le fer ; Paganuzzi (1868) admet qu'il passe tout entier par là ; Lussana (1864) imagine une circulation entéro-hépatique pour certaines substances telles le curare. Heger (1875) constate que le sang par sa circulation artificielle à travers le foie y laisse 33 0/0 de la nicotine dont on l'a chargé. Schiff (1877) démontre que la nicotine perd de sa toxicité lorsqu'on lui fait traverser le foie, que les grenouilles privées de foie sont plus sensibles au poison, et que celles où la circulation hépatique est plus active sont plus résistantes qu'à l'état normal. La nicotine broyée avec un morceau de foie perd sa toxicité : de même pour l'hyosciamine et le venin de cobra, d'après Lautenbach. Heger (1877) constate l'absorption du bisulfate de quinine, chlorhydrate de morphine, sulfate de strychnine. V. Jacques achève de démontrer l'action antitoxique du foie. Mais cette action anti-toxique, étendue par Bouchard et ses élèves aux toxines provenant d'auto-intoxication, n'est en réalité que la conséquence de son action nutritive s'exerçant sur tout ce qui est offert au foie.

La veine-porte amène au foie six fois plus de sang que l'artère hépatique ; celle-ci va surtout au squelette fibreux. L'accumulation d'un poison ingéré dans le foie peut n'être qu'une conséquence du fait que cet organe est le premier rencontré. Pour juger la question d'une élection véritable, il faut injecter sous la peau, laisser à la circulation le temps de répartir la substance et analyser ensuite chaque organe. C'est ce qu'a

fait l'auteur. Il trouve la morphine accumulée dans le foie, la rate, la moelle des os.

Dans une seconde série d'expériences l'auteur emploie l'iodure de sodium et dans une troisième le carbonate de lithine. Ces substances se diffusent très inégalement dans les différents organes. Le muscle, le tissu nerveux prennent peu d'iodure : le foie en contient notablement ; la grande masse se rencontre dans le sang. La paroi sanguine intervient ici pour empêcher la diffusion. Le carbonate de lithine après avoir diffusé partout est pris au sang par les reins et le foie. Une dernière série d'expériences, faites avec l'hyosciamine, montre que le tissu du foie de grenouille modifie l'alcaloïde, le transforme, lui fait perdre de sa toxicité, tandis que les autres liquides employés ou le sang du même animal restent sans action. DASTRE.

---

# THÉRAPEUTIQUE.

**Leçons de thérapeutique; les agents physiques et naturels, par G. HAYEM** (*Paris, 1894*).

Ce nouveau volume est consacré à l'étude des agents physiques et naturels, considérés dans leurs rapports avec la thérapeutique médicale.

Dans les huit premières leçons se trouvent passés en revue les divers agents thermiques employés en thérapeutique (applications froides, applications chaudes, etc.). Les considérations qui les accompagnent sont trop importantes pour être analysées ici, et l'on ne peut faire mieux que de se reporter au volume lui-même. Les dix-neuf chapitres qui suivent parlent longuement de l'électricité et de l'électrisation. Ces leçons contiennent, simplement et lucidement exposées, des matières au sujet desquelles il a fallu jusqu'ici s'en remettre à des traités techniques, le plus souvent impossibles à lire par suite de leur étendue. Elles comblent donc une lacune.

Nous pouvons faire la même réflexion pour les leçons qui terminent le volume : pression atmosphérique utilisée comme agent thérapeutique, les climats et les eaux minérales. Ainsi que le fait remarquer Hayem dans sa préface, si on néglige souvent de recourir à des pratiques capables de modifier la nutrition générale et de régulariser les réactions nerveuses, ou si l'on s'en sert mal, cela tient en partie à la difficulté qu'éprouvent les élèves à en faire l'étude. Aussi, au lieu de renvoyer ces derniers aux traités spéciaux, Hayem a-t-il préféré leur présenter un résumé relativement succinct de publications très nombreuses, résumé où

lui-même a apporté son appréciation personnelle. Nous nous sommes convaincus, en parcourant ce volume, que Hayem a en tous points atteint le but qu'il se proposait. R. FAURE-MILLER.

**Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par Gaston LYON** (*In-8° de 950 p., 1894*).

Voici un livre, qui, sans être doctrinal, et sans viser à des considérations de médecine transcendante, n'est cependant pas un simple formulaire. L'auteur est bien au courant des recherches les plus récentes sur la pathogénie et l'évolution normale des maladies, il est en même temps un clinicien qui a vu des malades, qui a l'habitude de les soigner et de saisir les indications du traitement.

Ce double caractère recommande l'ouvrage, qui justifie son titre de clinique thérapeutique. A propos de chaque maladie, Lyon expose rapidement les caractères objectifs de l'affection et les principaux symptômes fonctionnels ; il passe en revue les différents types qu'elle peut affecter, et les indications du traitement qui en découlent. Les formules recommandées sont simples et bien choisies, et l'auteur a su se débarrasser du bagage encombrant de l'ancienne pharmacopée, tout en gardant les agents médicamenteux dont l'expérience a confirmé la valeur. Toutes les questions neuves, chimisme stomacal, antisepsie médicale, sérothérapie, électrothérapie, balnéation et médication réfrigérantes, sont l'objet de chapitres pratiques, qui rendront grand service aux médecins peu familiarisés avec les méthodes modernes. H. R.

**I. — Contribution à l'étude de la diphtérie (sérumthérapie), par E. ROUX et L. MARTIN** (*Annales de l'Inst. Pasteur, 25 septembre 1894*).

**II. — Trois cents cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtéritique, par E. ROUX, MARTIN et CHAILLOU** (*Ibid.*).

I. — La toxine est produite en cultivant le bacille virulent dans du bouillon, dans un courant d'air humide à 37°. Il faut trois semaines, un mois au plus pour obtenir une culture suffisamment riche en microbes. On filtre et on garde le liquide clair obtenu dans des vases bien remplis, bouchés et tenus à l'abri de la lumière à la température ordinaire. La toxine ainsi obtenue tue un cobaye de 50 grammes en 48 heures à la dose 1/10 de centimètre cube.

R. et M. pour immuniser les animaux se servent de toxine iodée (1/3 de volume de liqueur de Gram ajoutée au moment de s'en servir). Le cheval est facile à immuniser, son sérum à hautes doses est inoffensif; il peut en fournir impunément, d'une limpidité parfaite, à hautes doses. Le pouvoir immunisant obtenu est de 100,000; il peut être élevé. Il peut être immunisé assez rapidement (2 mois et 20 jours dans un cas).

Pour entretenir les chevaux, au moment de la saignée, on injecte une forte dose de toxine (300 à 500$^{cc}$.) ou bien on multiplie les injections de doses relativement petites ce qui donne un sérum plus actif. Les animaux qui ont déjà subi l'action du poison microbien, alors même qu'ils parais-

sent rétablis depuis longtemps, les femelles pleines ou qui ont mis bas depuis peu, sont plus sensibles. On peut aussi immuniser le cheval avec des cultures de bacilles diphtéritiques.

Le sérum antitoxique mélangé en proportions convenables à de la toxine diphtéritique paraît la saturer; introduit dans l'organisme, le sérum est préservateur et thérapeutique, non seulement vis-à-vis de la toxine, mais aussi envers le virus vivant. Ces propriétés sont dues à l'antitoxine. L'immunité donnée ainsi est acquise sur-le-champ, mais elle ne dure pas, bien différente de celle réalisée par les injections de poison dipthérique.

La toxine utilisée par R. et M. est très active. Injectée avec la toxine (à dose mortelle) il suffit d'un centimètre cube du mélange à 1/50 pour que le cobaye reste bien portant. Donné avant la toxine, le sérum agit et il suffit que les animaux aient reçu 1/100,000 de leur poids de sérum pour qu'ils résistent à une dose de toxine qui tue les témoins en 5 jours. Il faut une dose beaucoup plus forte lorsque la toxine est introduite dans les veines. Si la toxine est introduite la première, il faut pour sauver les animaux, d'autant plus de sérum qu'on intervient plus tard, et encore, passé un certain délai, l'effet thérapeutique est nul.

Avec l'inoculation du bacille lui-même, l'injection d'antitoxine est encore efficace à un moment où elle ne réussit pas si on a injecté de la toxine.

Si actif que soit ce sérum, il l'est cependant infiniment moins que le sérum antitétanique.

Le sérum antidiphtérique laisse la toxine intacte, il agit sur les cellules, en les laissant pour un temps insensibles au poison.

Le sérum retiré du cheval se conserve très facilement ; desséché dans le vide il est facilement transportable. Dissous dans 8 à 10 fois son poids d'eau, il donne en plus une petite tuméfaction locale passagère.

On provoque facilement chez l'animal de la dipthérie vulvo-vaginale en ensemençant la muqueuse préalablement cautérisée, légèrement, avec une baguette de verre chauffée (cobaye).

Si l'on injecte avant ou en même temps du sérum, les animaux guérissent et localement les tissus sont moins rouges, moins gonflés, la fièvre est moins intense.

Au bout de 12 heures par le procédé indiqué la fausse membrane est bien développée. Si l'on injecte du sérum, l'animal guérit, les fausses membranes se détachent très facilement.

Si l'on inocule chez le cobaye ou le lapin la muqueuse trachéale on détermine une diphtérie rapidement mortelle qui ne se produit pas si l'on a, au préalable, injecté du sérum. La dose de celui-ci est-elle insuffisante, la maladie reprend.

II. — Depuis le 1er février 1894, tous les enfants entrés à l'hôpital des Enfants, dans le pavillon de la diphtérie, ont été soumis au traitement. Rien n'a été changé dans le reste du traitement. Les expériences ont continué jusqu'au 24 juillet comprenant les mois d'hiver où la maladie est fréquente et grave. De 1890 à 1893 la mortalité moyenne a été de 51,71 0/0. Du 1er février au 24 juillet 1894, le traitement a été appliqué sur 448 enfants ; il y a eu 109 décès soit 24,5 0/0.

Pendant le même laps de temps 520 enfants entraient à l'hôpital Trousseau avec une mortalité de 316 soit 60 0/0.

La mortalité du croup opérés aux Enfants, de 1890 à 1893, a été de 73,19 0/0 ; pendant la période de traitement, elle a été de 49 0/0 tandis qu'elle était de 86 0/0 à l'hôpital Trousseau.

Mais 1/4 environ des enfants entrent avec des angines ou des laryngites à fausses membranes ou une affection bénigne ; il convient de les défalquer. Sur les 448 traités, 128 n'avaient pas la diphtérie ; il en reste 320 dont 20 ont succombé dès l'entrée sans avoir reçu de sérum ; il reste donc 300 diphtériques traités avec 78 décés, soit 26 0/0. La mortalité par diphtérie bactériologiquement constituée a été évaluée à ce même hôpital à 50 0/0.

La gravité ressort de l'inoculation aux cobayes (faite 65 fois) qui a causé la mort en moins de 30 heures 60 fois en 5 à 7 jours, 3 fois. Le sérum employé était à 50/100,000, c'est-à-dire qu'un cobaye qui en recevait 1/50,000 de son propre poids supportait, 12 heures après, une dose de virus vivant ou de toxine capable de tuer les cobayes témoins en moins de 30 heures.

A tous les entrants on fit une injection de 20 centimètres cubes de sérum en une seule piqûre faite sous la peau du flanc. Si l'examen bactériologique révélait qu'il ne s'agissait pas de diphtérie, on s'en tenait là. Il n'en est résulté aucun trouble : pas un des 128 enfants dans ce cas n'a contracté la diphtérie (pouvoir préventif).

L'injection n'est pas douloureuse ; tout au plus y a-t-il une rougeur qui s'efface en 24-48 heures. Au bout de 24 heures on fait une seconde injection de 20 ou de 10 centimètres cubes qui est en général suffisante pour amener la guérison. Si le pouls et la température restent élevés on renouvelle l'injection ; la quantité minima de sérum a été de 20 centimètres cubes, la quantité maxima de 230 centimètres cubes.

Le sérum provoque pendant la convalescence des éruptions le plus souvent ortiées, quelquefois fébriles (diphtéries avec associations). Les complications post-diphtériques sont rares, paralysies ou syncopes.

Il faut distinguer les angines des croups.

1° *Angines* A. *Angines graves* c'est-à-dire où les fausses membranes ensemencées de sérum donnant des colonies diphtériques et peu ou pas de colonies de bactéries étrangères, 120 cas ; morts 9, 7.5 0/0. 45 fois au moins, ces angines s'annonçaient graves au point de vue bactériologique (colonies nombreuses de bacilles longs ou moyens). Les quantités de sérum ont varié de 20 à 85 centimètres cubes.

L'état général s'améliore très vite ; enfants vifs, gais, à figure rosée dont l'amaigrissement est faible et chez lesquels l'appétit revient vite. Les fausses membranes cessent de s'augmenter dans les 24 heures et se détachent en 36, 48, 72 heures. Le bacille disparait en même temps. Les ganglions sont toujours engorgés, mais le tissu cellulaire voisin n'est pas empâté. La température s'abaisse promptement, souvent brusquement parfois (cas tenaces ou lysis). Le pouls est plus tardivement influencé. Pendant la convalescence il n'y pas d'irrégularités. L'albuminurie est plus rare et moins abondante.

Parmi les 9 morts, 7 se sont produites avant l'effet du traitement dans

les premières 24 heures; les deux autres étaient l'un tuberculeux avancé, l'autre rubéolique avec abcès gangréneux au cou. La guérison, si le traitement est institué à temps semble donc assurée.

B. *Angines avec associations.* — α) Avec le petit coccus ou coccus de Brisou, 9 cas, pas de décès; β) avec les staphylocoques pyogènes. Bien que plus graves, les 5 cas ont guéri; la durée est plus longue, le fièvre forte; γ) avec les streptocoques ce sont les plus graves; 35 cas ont été traités avec 12 morts (34,2 0/0) dont 4 morts dans les 24 premières heures. Il faut augmenter la dose de sérum et renouveler les injections. La durée est plus longue. La température ne tombe pas brusquement. Les ganglions cessent d'augmenter dès le traitement institué. Le pouls, lorsque la guérison doit suivre tombe de 140 à 120 dans les deux premiers jours et y reste assez longtemps.

2° *Croups* A. *Croups non opérés.* — Sur 10 enfants atteints de croup d'emblée 1 seul est mort. L'ensemencement du mucus pharyngien a donné 4 fois du bacille diphtérique pur, 3 fois du bacille diphtérique avec de petits coccus, 3 fois du bacille diphtérique avec des streptocoques (parmi ceux-ci le cas de mort). Les troubles laryngés disparaissent en moins de 3 jours.

B. *Croups opérés*, 121 cas, 56 décès 46 0/0, au lieu de 67 à 68 0/0.

α) *Croups diphtériques purs*, 49 cas; 15 décès, 30,9 0/0. Il s'agissait presque toujours de cas graves; fortes doses de sérum, 60 centimètres cubes en moyenne. Les bacilles persistent plus longtemps que dans la gorge surtout au niveau de la plaie trachéale. La température s'abaisse d'ordinaire en lysis. Les fausses membranes se détachent facilement et on peut enlever la canule de bonne heure.

β). *Croups diphtériques à associations*: 1° avec le petit coccus, 9 cas; 1 mort. La durée de la maladie est longue; 2° avec les staphylocoques, 11 cas, 7 morts 63 0/0. Cette association est ici très meurtrière à cause des complications pulmonaires; 3° avec les streptocoques, 52 cas, 33 morts 63 0/0; ce sont les plus redoutables de toutes. La durée est longue. Il faut une quantité considérable de sérum, 70 à 100 centimètres cubes.

Avec le sérum, en présence d'un enfant qui a du tirage il ne faut pas se presser d'opérer, les fausses membranes peuvent se détacher et rendre la respiration libre. La trachéotomie serait rarement indiquée si le sérum était donné de bonne heure et alors le tubage devrait la remplacer, puisqu'il suffit de maintenir les conduits libres un ou deux jours au plus. Les auteurs espèrent démontrer que le tubage est le complément de la sérumthérapie.

Pour le traitement local il faut proscrire les badigeonnages toxiques ou caustiques et préférer 2 ou 3 lavages par jour à l'eau boriquée ou mieux à l'eau additionnée de 50 grammes de liqueur de Labarraque par litre.

PAUL TISSIER.

**Sur les sérums antitoxiques, par E. ROUX** (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 10, octobre 1894*).

Le sérum des animaux immunisés contre un grand nombre de maladies infectieuses, est préventif et curatif, sauf pour le tétanos et la

diphtérie, le sérum n'est nullement antitoxique, il protège contre le microbe et non contre la toxine, parce qu'il agit comme stimulant des cellules phagocytaires. Ce dernier fait explique comment le sérum d'un animal vacciné contre une maladie peut être efficace contre une autre.

Les seuls sérums antitoxiques connus sont ceux des animaux vaccinés contre le tétanos, la diphtérie, l'abrine, la ricine et le venin des serpents.

L'antitoxine ne se forme pas aux dépens de la toxine injectée : avec une même dose ou peut obtenir un sérum de pouvoir antitoxique très différent suivant le mode d'adminstration de sa toxine ; l'antitoxine se reproduit à mesure qu'on la puise. Elle serait donc un produit cellulaire.

Si le mélange de la toxine et de l'antitoxine est inoffensif fait à la dose voulue, il ne s'agit pas d'une neutralisation, ni d'une destruction de la toxine, puisque celle-ci peut donner la maladie (diphtérie, tétanos) aux cobayes, même après plusieurs jours, si l'on en modifie la résistance ; ou qui ont reçu des inoculations antérieures dont il sont parfaitement guéris (influence des maladies antérieures).

On n'a pas encore réussi à isoler la toxine de son mélange avec l'antitoxine, mais on a pu détruire l'antitoxine dans le mélange d'antitoxine et de venin en chauffant le mélange à 70°, la chaleur agissant ici sur chacune des deux substances comme si elle était seule. Les sérums antitoxiques n'ont été considérés jusqu'ici que comme rigoureusement spécifiques, Roux et Calmettes ont vu que le sérum antitétanique avait une action sur le venin des serpents. PAUL TISSIER.

**Serum bei der Diphtherie, par O. HEUBNER** (*Jahrb. f. Kinderh., XXXVIII, 2 et 3, p. 221*).

H. donne la statistique de la clinique infantile de Leipzig. La mortalité avant le sérum est de 62,5 0/0, elle s'abaisse avec le sérum à 38,5 0/0, elle remonte quand on manque de sérum à 49 0/0. Le nombre des opérations n'a pas été diminué, ce qui tient à ce que les enfants sont, en général, amenés trop tard pour éviter l'intubation. La mortalité des opérés était de 87,7 0/0 (trachéotomies avant le sérum). Elle tombe à 69,2 0/0 (intubations avec le sérum), mais, dans la troisième période, où la bénignité de la diphtérie était très remarquable, elle s'abaisse encore bien qu'on manque de sérum à 63 0/0 (intubation). En ne prenant que les cas très graves de chaque série, la mortalité est de 62,5 0/0 avec le sérum, de 79 0/0 sans le sérum. C'est sur l'état général que l'influence a été le plus remarquable. A.-F. PLICQUE.

**I. — Weitere Untersuchungen über Diphtherie und das Diphtherie-Antitoxin, par Hans ARONSON** (*Berlin. klin. Woch., 9 et 30 avril et 7 mai 1894*).

**II. — Zur Antitoxinbehandlung der Diphtherie, par Otto KATZ** (*Ibidem. 16 juillet 1894*).

**III. — Ueber die Behandlung der Diphtherie mit Antitoxinen, die ohne Vermittelung des thierischen Organismus darstellbar sind, par G.-A. SMIRNOW** (*Ibidem, 23 juillet 1894*).

**IV. — Ueber die elektrolytische Abschwächung virulenter Bacterienculturen und deren Benutzung zu Heilzwecken, par G. KLEMPERER** (*Ibidem, 6 août 1894*).

**V. — Die Blutserumtherapie zur Diphtheriebehandlung des Menschen, par BEHRING** (*Ibidem, 3 septembre 1894*).

I. — Aronson confère l'immunité contre la diphtérie, de la manière suivante, aux bœufs, chèvres, moutons, chevaux et chiens ; il ne lui est pas encore possible de dire laquelle de ces espèces animales se prête le mieux à l'opération. Il commence par traiter ces animaux avec une culture de diphtérie en bouillon, chauffée une heure à 70°, puis avec une culture chauffée le même temps à 62° ; il emploie ensuite des cultures additionnées de 0,3 0/0 de tricrésol qui tue les bacilles et assure la conservation du liquide ; enfin il termine le traitement avec des cultures âgées et très toxiques.

Il retire l'antitoxine du sérum sanguin de ces animaux en additionnant celui-ci d'hydrate d'alumine qui a la propriété de retenir l'antitoxine sans la détruire.

Aronson a inoculé avec son antitoxine une centaine d'enfants dont les frères ou sœurs avaient la diphtérie ; tous sont restés exempts de la maladie, à part le premier chez lequel la dose inoculée avait été insuffisante. Ces inoculations ne déterminent aucun malaise, mais on doit les répéter au bout de 3 à 4 mois, si l'épidémie continue. Voici d'autre part, d'après Katz, le résultat obtenu de la médication d'Aronson sur les diphtéritiques de l'hôpital des enfants de Berlin.

II. — Depuis l'ouverture (août 1890) de l'hôpital des enfants de Berlin, jusqu'à la fin de 1893, la mortalité générale de la diphtérie a été de 38,9 0/0 ; elle a oscillé suivant les années, de 32,5 (1891) à 41,7 (1893) ; du 1er janvier 1894 au 14 mars, jour d'inauguration du traitement d'Aronson, elle s'est élevée à 41,8 0/0. Jusqu'au 20 juin, 128 enfants ayant tous le bacille de Lœffler dans les fausses membranes ont été inoculés ; 17 d'entre eux ont succombé, soit une mortalité de 13,2 0/0 ; 17 ont dû ensuite être trachéotomisés dont 12 sont morts et 5 tubés qui ont tous guéri. D'autre part, dans le même espace de temps, 23 enfants n'ont pas été inoculés, 9 pour manque d'antitoxine, 6 parce qu'ils étaient agonisants, 4 parce que l'apparition d'exanthèmes chez des enfants inoculés avait fait croire à tort à la non-stérilité du liquide d'inoculation, 2 parce que tout en ayant le bacille diphtéritique dans les mucosités pharyngées, ils n'avaient pas d'enduits, 1 parce qu'il fut repris immédiatement par les parents, et 1 parce qu'il n'avait qu'une paralysie post-diphtérique. Ces 23 enfants non inoculés ont fourni 8 morts ; en les ajoutant aux inoculés, on a un total de 151 diphtériques avec une mortalité de 16,5 0/0 ou de 17,2 0/0 si l'on compte encore un décès occasionné consécutivement par la scarlatine. Dans la même période de l'année précédente, la mortalité diphtéritique avait été de 37 0/0 ; elle s'est donc trouvée réduite de plus de moitié. Katz fait encore observer que pendant le traitement d'Aronson, il a vu guérir 31 cas très graves dont 2 paraissant sans espoir. Tout en faisant les inoculations, on n'a d'ailleurs rien changé au reste du traitement habituel, consistant en glace intus et extra, pulvérisations d'eau de chaux, badigeonnages de la gorge, lavages du nez, trachéotomie, tubage, etc. L'antitoxine d'Aronson est un liquide jaunâtre, un peu opalescent et visqueux. Dans les cas graves, on en injecte d'un seul coup 20 centimètres cubes ; dans les cas légers, 5 ou 7cmc,5, suivant l'âge et le

développement de l'enfant. Le lendemain, s'il n'y a pas d'amélioration, on répète l'injection. 9 enfants inoculés ont eu un exanthème scarlatineux, morbilliforme ou ortié, sans élévation de la température, ni desquamation. Le traitement d'Aronson n'a pas d'action marquée ni sur l'état de la gorge, ni sur celui des ganglions ; parfois les fausses membranes se sont encore étendues après l'injection, mais dans aucun cas elles n'ont envahi le larynx ; il n'a d'influence stimulante appréciable ni sur l'état général, ni sur le cœur; il ne modifie pas les urines; souvent l'injection est suivie d'une chute rapide de la fièvre ; elle n'empêche pas les complications.

III. — Smirnow a réussi, en l'électrolysant, à conférer au sérum d'animaux sains les propriétés du sérum des animaux dotés d'immunité. Lorsqu'on soumet à l'électrolyse le sérum du chien, on observe un dégagement de bulles de gaz aux deux pôles, puis au pôle négatif une formation de caillots d'albumine dont les uns surnagent, tandis que les autres se précipitent; en même temps le liquide se trouble, tandis qu'au pôle positif il reste toujours clair et ne forme pas de caillots. Ensuite la formation de caillots diminue et ceux-ci se redissolvent, le liquide devient très trouble et très acide au pôle négatif, alors qu'il reste clair et augmente d'alcalinité au pôle positif.

L'injection sous la peau d'un lapin de ce sérum acide ou alcalin ne modifie pas la température de l'animal ; mais si on neutralise l'acide jusqu'à faible réaction alcaline ou qu'on neutralise l'alcalin, un centimètre cube provoque une élévation considérable de la température, qui débute 2 ou 3 heures après l'injection, atteint son maximum au bout de 5 ou 6 heures et disparaît enfin graduellement ; c'est là le seul trouble produit par l'injection. 100 centimètres cubes de sérum de chien doivent être électrolysés 3 ou 4 heures avec un courant de 120 à 140 milliampères ; 150 centimètres cubes, 5 ou 6 heures. Smirnow s'est assuré que les modifications du sérum électrolysé portent sur son albumine et non sur sa globuline. Mais ce sérum normal électrolysé, bien qu'élevant la température, est dénué de toutes propriétés curatives. Pour l'en doter, Smirnow s'y est pris de la manière suivante : il a fait des cultures diphtéritiques sur du sérum normal et sur ses éléments constituants, albumine et globuline ; il les stérilisait à l'aide du filtre en papier de Diakonow. Au bout de deux semaines, les cultures en sérum lui ont donné une toxine qui, injectée sous la peau à la dose de un demi-centimètre cube tue en 25 ou 30 heures un lapin de taille moyenne ; dans les cultures plus vieilles on note une atténuation de virulence ; celles de six semaines ne tuent que le troisième jour ; celles de 2 ou 3 mois ne tuent pas même à la dose de 1 centimètre.

Les cultures diphtéritiques sur albumine fournissent une toxine pas très active ; un demi-centimètre cube d'une culture de un mois tue d'ordinaire un lapin le troisième jour ; les plus anciennes sont encore moins toxiques. Mais l'addition à l'albumine de 0,5 0/0 de chlorure de sodium active le développement des bacilles diphtéritiques qui fournissent alors une toxine ayant la même énergie que celle du sérum entier. Sur la globuline, les bacilles diphtéritiques se développent bien, mais ne produisent point de toxine et perdent eux-mêmes leur virulence.

Il restait enfin à transformer la toxine diphtéritique en antitoxine capable de guérir l'infection diphtéritique chez le lapin, c'est à quoi Smirnow est

également arrivé par électrolyse. Cette métamorphose s'opère aussi bien dans les cultures en bouillon que dans celles en sérum. Il ne faut une électrolyse ni trop courte, ni trop prolongée. La culture en bouillon change de teinte : elle fonce au pôle négatif et s'éclaircit au positif ; plus tard il s'effectue un changement inverse ; le maximum d'énergie de l'antitoxine correspond au moment où le liquide est le plus clair. Il vaut mieux employer un courant faible et prolongé que le contraire. Il est préférable d'injecter d'un seul coup de fortes doses d'antitoxine, que de procéder par doses peu considérables et réitérées. L'antitoxine diphtéritique se conserve le mieux dans l'obscurité en tubes scellés à la lampe ; un séjour prolongé à 38° l'altère. Pour en rendre l'emploi possible chez l'homme, Smirnow s'est efforcé de concentrer la culture avant de l'électrolyser, sinon il faudrait injecter à un enfant de 60 à 80 centimètres cubes de liquide ; mais il n'y a réussi que dans une certaine mesure à cause de la précipitation des matières albuminoïdes.

IV. — G. Klemperer rappelle qu'avec Krüger (*R. S. M.*, XLII, 69) il a déjà, il y a 3 ans, atténué au moyen de l'électrolyse la virulence de différentes cultures bactériennes et reconnu que les cultures électrolysées de pneumocoques et de bacilles cholériques étaient en état de procurer l'immunité contre les doses mortelles de ces microbes. Comme un certain temps doit s'écouler avant que cette immunité soit bien sûre, cela prouve que la culture électrolysée introduit dans l'organisme la substance immunisante aux dépens de laquelle l'organisme doit élaborer lui-même l'antitoxine. Les effets antitoxiques ne peuvent être attribués qu'aux substances qui, sans réaction de l'organisme, produisent en peu d'heures l'immunité ; or, tel n'est pas le cas ici, et suivant la terminologie adoptée, il s'agit de substances immunisantes et non d'antitoxines véritables. La méthode de Behring a un avantage sur l'électrolyse, c'est que son sérum est parfaitement dépouillé de toutes matières toxiques, tandis que l'électrolyse qui donne un résultat parfait pour le pneumocoque, ne le donne qu'incomplet pour les bacilles typhoïdique, cholérique et tuberculeux.

V. — Actuellement, seule l'antitoxine diphtéritique est préparée assez concentrée et assez abondante pour pouvoir être employée sur l'homme. L'action curative de ce sérum antidiphtéritique est d'autant plus sûre et plus prompte et obtenue par de plus petites doses, que le traitement a été commencé plus tôt. Sur 100 cas traités dans les 48 premières heures de la maladie, il n'en meurt pas 5. L'antitoxine renfermée dans le sérum antidiphtéritique est une substance soluble dans l'eau, très résistante aux agents atmosphériques. Son action ne se révèle, quel qu'en soit le degré de concentration, par aucun symptôme. Après guérison d'une maladie infectieuse, les liquides de l'économie renferment un excédent d'antitoxine qui peut être utilisé à faciliter la guérison de cette maladie chez d'autres individus ; c'est là le principe sur lequel repose la sérothérapie. Comme les antitoxines sont solubles dans l'eau, il n'est pas impossible qu'on arrive un jour à les préparer par synthèse ou du moins en dehors de l'organisme vivant, mais jusqu'ici tout ce qui a été annoncé dans ce sens n'est qu'illusion. Behring formule sur ce point son opinion comme suit : l'espoir de fabriquer en expérimentant au laboratoire, sur un poison son antitoxine n'est pas plus grand que celui de fabriquer au moyen d'un acide un alcali qui le neutralise. La vaine tentative de produire

artificiellement aux dépens d'une toxine son antitoxine tient à une conception erronée, en principe, sur la nature et le mode de genèse des antitoxines ainsi qu'à une confusion entre les corps curatifs directs et indirects. On peut, dans certaines conditions, obtenir des effets curatifs avec le poison diphtéritique lui-même, surtout s'il est atténué par des agents physiques ou chimiques. Ces effets curatifs doivent être rapprochés de ceux réalisés avec la tuberculine dans la phtisie. Mais ici il ne s'agit point d'une destruction directe de la matière morbide, l'action est indirecte. L'arrivée du poison diphtéritique dans l'organisme animal provoque une réaction qui aboutit elle-même à la production d'une antitoxine curative. Ce mode indirect du traitement spécifique de la diphtérie ne s'est montré efficace dans les expériences de Behring sur les animaux, que dans les affections secondaires, telles que les paralysies diphtéritiques. J. B.

**The treatment of diphtheria with special reference to the efficacy of antitoxin, par BAGINSKY** (*Med. Record, 6 octobre 1894*).

Du 14 mars au 25 juillet, dans son service, B. a traité 163 enfants diphtériques par le sérum préparé par Aronsohn. De ce nombre, 23 seulement moururent, soit une proportion de 14.37 0/0 résultat qui jamais ne fut obtenu avec les anciennes méthodes. CART.

**Diphtheria treated by antitoxin, par G. STILL** (*Brit. med. Journ., p. 180, 28 juillet 1894*).

Le cas suivant est le premier exemple de diphtérie traitée en Angleterre par le sérum antitoxique et suivi de guérison :

Enfant de 3 ans. Début très brusque ressemblant à du croup d'emblée, mais simultanément apparition sur les amygdales de plaques renfermant à la culture le bacille de Lœffler. Dès le soir, tirage, sifflement laryngé, trachéotomie imminente. On fait une première injection de 20 centimètres cubes de sérum qui soulage l'enfant et lui permet de passer la nuit sans suffocation ; mais les symptômes graves reparaissent le lendemain et nécessitent une seconde injection. A partir de ce moment disparition des accidents et guérison rapide. H. R.

**The antitoxin treatment of diphtheria** (*Brit. med. Journ., p. 542, 8 septembre 1894*).

1. *Cas de Henton White.* Fillette de 3 ans atteinte du croup et dans une situation précaire : anémie et albuminurie ; inefficacité des insufflations d'acide borique et d'iodoforme. Injection, à 11 heures du matin, de sérum antitoxique dans les muscles du dos ; dès 6 heures du soir, amélioration, sommeil, chute du pouls, disparition du sifflement laryngé. Le lendemain, après une nouvelle injection, disparition des fausses membranes et guérison.

2. *Cas de Trevor Fowler.* Fille de 11 ans : angine diphtérique à type toxique ; teint plombé, adénopathie et œdème sous-maxillaire énorme. Malgré deux injections d'antitoxine faites *in extremis*, la mort arrive sans période d'amélioration.

Le frère de cette enfant, atteint presque aussi sévèrement, mais injecté de bonne heure, guérit : dès la première injection, chute rapide et persistante de la température et du pouls, diminution de l'adénite et disparition des membranes.

3. *Cas de King.* Insuccès chez une femme de 22 ans : il semble, d'après

l'auteur, que la dose injectée de sérum a été trop faible, comparée à celles injectées à des enfants et suivies de guérison.

4. *Cas de G. Morgan.* Fillette de 2 ans 1/2 atteinte de croup. Trachéotomie le 10e jour. Une demi-heure après, injection de 6 minimes d'antitoxine, puis le lendemain de 8. Abaissement rapide de la température, expulsion des membranes, pas de diphtérisation de la plaie. Ablation de la canule le 12e jour. H. R.

**Neue Beobachtungen über Behandlung der Diphtherie mit Anti diphtherin, par KLEBS** (*Wiener med. Woch., 28 juillet et suiv., 1894*).

Dans cette série d'articles, K. plaide longuement, avec statistique et faits à l'appui, en faveur de son mode de traitement de la diphtérie qu'il tient pour aussi efficace, pour plus facile à appliquer et pour aussi heureux dans ses résultats que la sérumthérapie de Ehrlich. CART.

**I. — Ueber die quantitative Bestimmung..... (La détermination quantitative des solutions d'antitoxine diphtérique, par BEHRING et O. BOER** (*Deutsche med. Woch., n° 21, 1894*).

**II. — Ueber die mit dem Behring-Ehrlich'schen....., par E. SCHUBERT** (*Ibid., n° 22, 1894*).

**III. — Résultats du traitement par le sérum antidiphtéritique, par E. WOSWINCKEL** (*Ibid., n° 22*).

**IV. — Zur Diphtheriebehandlung....., par CANON** (*Ibid., n° 23, 1894*).

I. — Les auteurs admettent comme base que le sérum normal doit présenter les propriétés suivantes :

1° A la dose d'un centimètre cube, injecté sous la peau, il doit neutraliser, chez le cochon d'Inde, une dose dix fois supérieure à la dose mortelle d'un bouillon de culture diphtéritique de deux jours : les injections étant faites séparément ;

2° A la dose d'un centimètre cube, pour 100 grammes de poids de l'animal (cochon d'Inde), il peut neutraliser une dose de toxine diphtéritique dix fois supérieure à la dose mortelle ;

3° A la dose d'un dixième de centimètre cube, mélangé à la toxine diphtéritique dans un verre à expériences, il peut neutraliser une dose dix fois supérieure à la dose mortelle pour des cochons d'Inde de 3 à 400 grammes.

En s'appuyant sur ces données, les auteurs ont expérimenté l'antitoxine fournie par la fabrique de Schering et ont constaté qu'elle pouvait à peine être considérée comme une solution six fois et demie plus faible que le sérum normal.

II. — Les essais ont été faits à l'hôpital Élisabeth dans le service du professeur Rinne, à Berlin, du 5 février au 4 mai. 34 enfants ont été soignés, 20 ont subi la trachéotomie : il y a eu 6 morts et 28 guérisons. Tous les cas qui se sont présentés ont été soumis au traitement par le sérum de Behring-Ehrlich, sans en excepter un.

L'influence du sérum a paru très puissante ; les manifestations locales disparaissent rapidement et l'état général s'améliore en même temps. Dans plusieurs des cas traités, le pronostic était très mauvais : le pouls faible, la peau froide, la connaissance perdue, il y avait de l'écoulement ichoreux par le nez et la bouche, et de l'albumine dans les urines.

L'action est surtout marquée dans les cas récents où une seule dose suffit souvent pour couper la maladie.

En général, les doses nécessaires sont beaucoup plus fortes proportionnellement pour l'homme que pour l'animal. Les injections faites dans la cuisse ne laissent pas de douleur; six fois, il s'est produit un exanthème.

Comme complication après la maladie, on a observé deux néphrites hémorragiques qui ont guéri et une paralysie du voile du palais.

III. — A l'hôpital d'Urban, à Berlin, le sérum a été essayé du 20 janvier au 22 mars sur 60 enfants, 41 ont guéri, soit 70 0/0. La proportion des guérisons à l'hôpital Urban a été : en 1890, de 55,7 0/0; en 1891, de 55,6 0/0; en 1892, de 56,6 0/0; en 1893, de 51,7 0/0.

Sur les 60 cas, la trachéotomie a été nécessaire 20 fois et a donné 9 guérisons, 45 0/0; la proportion des guérisons de trachéotomie est, en général, beaucoup inférieure : elle a été, en 1890, 23 0/0; en 1891, 22 0/0; en 1893, 26 0/0.

Pour juger de la gravité de l'épidémie qui a été soumise au nouveau traitement, il faut savoir que pendant les deux mois précédents du 20 novembre 1893 au 20 janvier 1894, il y a eu sur 71 cas, 37 guérisons, soit 53,5 0/0; sur 34 trachéotomies, 10 guérisons, soit 29 0/0.

Plus tard, du 22 mars au 20 avril, 30 enfants ont été soignés par les méthodes anciennes : 8 ont guéris, 13 sont morts, les 9 autres sont encore en traitement.

Le traitement est d'autant plus sûr qu'il est appliqué plus près du début. Les 30 enfants traités dans les trois premiers jours de la maladie ont donné 28 guérisons, tandis qu'à partir du 4e jour il n'y a eu que 11 guérisons sur 25. Dans les cas graves, il faut de 2 à 4 injections par jour de 4 centimètres cubes chacune. En général, le changement est très marqué dès le premier jour qui suit les piqûres : les enfants s'amusent sur leurs lits alors qu'ils étaient auparavant affaiblis et ne s'intéressant à rien.

Les doses, même les plus fortes, n'ont donné aucun accident.

IV. — Le traitement par le sérum a été appliqué aux enfants de moins de 13 ans à l'hôpital Moabit pendant le mois de juin 1893 et du 1er décembre 1893 au 22 mars 1894.

Les adultes n'étaient pas soumis aux injections. Sur 59 enfants traités, il y a eu 45 guérisons, soit 73,3 0/0. Sur 21 trachéotomies, 16 guérisons, soit 76,9 0/0. Parmi les morts il y a 4 enfants qui sont arrivés moribonds et ont succombé moins de 12 heures après l'injection.

Dans la période du 1er juillet au 1er décembre 1893, 66 enfants de moins de 13 ans ont été soignés par les anciennes méthodes : 20 sont morts, soit 70 0/0 de guérison; 35 ont subi la trachéotomie, 22 ont guéri, soit 62,9 0/0.

La gravité des épidémies varie beaucoup à Moabit : d'octobre 1892 à avril 1893, plus de la moitié des enfants sont morts; l'épidémie actuelle, au contraire, est assez bénigne. H. DE BRINON.

**Weitere Bemerkungen..... (Nouvelles observations sur le traitement de la diphtérie) par BEHRING** (*Deutsche med. Woch.*, *n° 32, 1894*).

Behring défend son sérum contre les attaques dont il a été l'objet de la part de Buchner. Buchner affirme que l'antitoxine d'Aronson peut neutraliser à la dose de 0,010 milligrammes une dose absolument mortelle de poison diphtéritique, tandis qu'avec le sérum de Behring-Ehrlich 0,020 ne suffisent pas ; il faut au moins 0,050 milligrammes.

Cette communication avait lieu le 7 juillet 1894.

Behring répond : 1° Que jusqu'au 1er août son sérum n'a pas été dans le commerce, qu'il n'a été délivré qu'à des personnes déterminées en vue d'expériences ; Buchner n'a donc pas eu en main sa préparation ;

2° Que la fabrique de Schéring n'a jusqu'ici livré que des préparations commerciales propres à l'immunisation et non au traitement curatif ;

3° Que le sérum de la fabrique de Höchst est notablement plus actif que celui de Schéring et notablement moins cher. H. DE BRINON.

**Praktische Winke zur Behandlung..... (Conseils pratiques à propos de la sérothérapie), par HEUBNER** (*Deutsche med. Woch.*, *n° 36, 1894*).

La fabrique de Höchst fournit le sérum de Behring à 3 degrés de concentration. Le n° 1, du prix de 5 marks le flacon, est seul dès maintenant à la disposition du public ; la quantité de sérum renfermée dans ce flacon est variable, de 9 à 11 centimètres cubes par exemple, mais elle représente toujours la même quantité d'antitoxine, soit 600 unités. Elle constitue, d'après Behring, une dose unique, suffisante pour la cure et doit être administrée en une seule fois.

Les flacons n° 3 qui ne sont pas encore livrés au public, renfermeront 1,600 unités, ils sont destinés aux cas graves ou tardivement traités. Deux doses du n° 1 dans le même jour peuvent suppléer un flacon n° 3.

Lorsqu'il s'agira simplement de protéger un enfant exposé à la contagion, il suffira d'injecter un dixième du n° 1 ou 60 unités.

H. DE BRINON.

**Du traitement de la diphtérie par le sérum d'antitoxine, par CHARON** (*Journal de méd. Bruxelles*, *III*, *4*, *p. 337*).

Sur 13 cas, dont 11 trachéotomies, traités par le sérum de Roux, C. a eu 9 guérisons ; des 4 morts, 2 sont survenues par broncho-pneumonie consécutive à la trachéotomie ; chez les deux autres petits malades, l'injection de sérum avait été faite *in extremis* sans espoir de succès, la mort survint une heure après. A. C.

**Treatment of diphtheria with antitoxin, par A. Campbell WHITE** (*Med. Record*, *17 novembre 1894*).

W. a traité avec le sérum d'Aronson 20 enfants atteints de diphtérie dont 14 avec propagation au larynx (4 tubages, 1 trachéotomie.) Le total des décès fut de 5 : 1 tubé, de pneumonie lobaire ; 1 trachéotomisé, de broncho-pneumonie ; 2 cas non opérés moururent, l'un de pneumonie et l'autre, une jeune fille de 6 ans, de syncope alors que de très redoutables accidents laryngés semblaient avoir cédé à l'injection de sérum ; enfin,

un des 6 cas de non envahissement du larynx succomba à une scarlatine survenue le 15e jour de la maladie. Dans tous ces cas la terminaison par la mort fut provoquée par des accidents intercurrents, les fausses membranes ayant totalement disparu sauf toutefois dans le cas de syncope où la malade était encore en pleine évolution de diphtérie. CART.

**I. — Die Serumbehandlung der Diphtherie, par BUCHNER, RANKE et SEITZ** (*Münch. med. Woch.*, *n° 45*, *p. 881*, *1894*).

**II. — Bemerkungen über Heilserum-Behandlung..., par EMMERICH** (*Ibid.*).

**III. — Ein Fall von septischer Diphtherie mit Behring's Antitoxin behandelt. Exitus letalis, par OPPENHEIMER** (*Ibid.*, *n° 43*, *p. 851*, *1894*).

I. — Buchner croit que l'expérimentation sur l'homme est permise, si on s'entoure de précautions considérables. Malgré le naufrage retentissant de la tuberculine, il est permis d'essayer dans une nouvelle voie. Le sérum curateur possède une grande résistance contre la lumière, la chaleur, etc., ce sont des propriétés appartenant aux antitoxines. Il faut employer ce remède non comme un ferment à dose indéterminée, mais à toute quantité de poison, opposer une dose appropriée d'antitoxine. Behring et Ehrlich nomment normale la solution dans 1/10, une suffit à neutraliser une quantité donnée d'une solution de toxine en la possession de Behring.

Ranke dit que le sérum de Behring essayé en 1893 ne lui avait donné que de tristes résultats : il avait été particulièrement effrayé par le développement d'une pneumonie lobulaire, rapidement confluente, formant une infiltration ferme de grandes portions du tissu pulmonaire, et contenant des cellules géantes dans les tissus enflammés. Il reçut récemment 200 centimètres cubes de sérum antitoxique Aronson. Les recherches furent faites du 24 septembre au 12 octobre. Dans ce temps 10 enfants se présentèrent.

Du 14 au 28 octobre 1894, 12 diphtéritiques furent reçus, 2 cas légers ne reçurent pas d'injection ; 10 en reçurent, sur ceux-ci un seul mourut d'une diphtérie septique étendue.

Seitz, chargé du rapport au sujet des inoculations préventives, a fait 8 injections prophylactiques, d'abord chez 4 frères et sœurs d'un diphtéritique non isolable ; parmi eux il y en avait 3 au-dessous de 7 ans ; il ne nota que de la rougeur autour du point inoculé ; une fois un exanthème ortié. Pas de fièvre : deux enfants eurent une rougeur suspecte du voile du palais ; mais pas de fausses membranes. Chez aucun il n'y eut de gonflement ganglionnaire sous l'influence du sérum.

L'inoculation préventive lui paraît un moyen inoffensif et pouvant être essayé. Comme dose il conseille 2 centimètres cubes de sérum n° 1. La durée de l'immunisation ne doit pas être estimée à plus de 14 jours.

II. — De 1886 à 1890, Emmerich a examiné bactériologiquement 12 cas de diphtérie suivis de mort, peu d'heures après la mort 10 fois il a trouvé le bacille de Löffler, mais 9 fois la cause de la mort était due à la dissémination des streptocoques. Dans un cas la mort était due à la contamination du sang par le staphylococcus pyogène aureus. Dans deux autres les poumons étaient le siège de grandes quantités de streptocoques.

La mort, dans la clientèle hospitalière de Munich, est donc due, dans la diphtérie, à une infection générale par le streptocoque, éventuellement associé au staphylocoque. Examinés sur le vivant, 18 cas de diphtérie ont donné à Treiher 15 fois le streptocoque en abondance, une fois beaucoup de staphylocoques, 2 fois les deux associés. Il résulte de là que la diphtérie à Munich est le plus souvent une infection mixte ; en sorte qu'il y a peu de chances de succès pour le traitement par sérum thérapique. Très souvent encore le bacillus pyogène fœtides vient compliquer la diphtérie à Munich. Il en est de même de la diphtérie des pigeons et des poules, dans la même ville ; on trouve toujours associé au bacille diphtérique de grandes masses de staphylocoques et de streptocoques. Là est peut-être l'explication du fait que la sérumthérapie n'a pas donné à Munich les résultats que l'on en attendait.

III. — Enfant de 4 ans 1/2, dont la maladie débute le 5 octobre par des douleurs angineuses. Le diagnostic reste douteux jusqu'au 8. Ce jour-là temp. 38, petit revêtement gris sale sur les deux amygdales, peu de fétidité de la bouche, à 6 heures du soir 38,6, albuminurie. On injecte 6 grammes d'antitoxine de Behring. Le lendemain, même état de la température, un peu de délire nocturne, la gorge est un peu moins sale, le 11, albumine à 8 0/00, le 12, le 13 le revêtement de la gorge diminue et disparaît : mais il existe du gonflement des ganglions du cou ; le 14 le gonflement a augmenté, le malade se sent bien, sauf les douleurs du cou, dans la nuit mort subite après 1/4 d'heure d'agonie. Pas d'autopsie. L'auteur se demande s'il faut attribuer l'albuminurie extrême à l'injection ; il croit qu'elle a été inoffensive et fait remarquer que la sœur de l'enfant, 2 ans 1/2, avait reçu 1/2 seringue d'antitoxine sans aucune réaction. C. LUZET.

**I. — Ueber die Blutserumtherapie in Diphtheria, par H. KOSSEL** (*Deutsche med. Woch.*, *n° 4*, *1894*).

**II. — Idem, par W. KÖRTE** (*Ibid.*, *n° 24*).

**III. — Die in der Greifswalder..... (Les résultats de la sérothérapie antidiphthéritique à la clinique de Greifswald), par BÖRGER** (*Ibid.*, *n° 48*).

**IV. — Die Resultate der in der Königlichen..... (Résultats de la sérothérapie à Königsberg), par HILBERT** (*Ibid.*, *n° 48*).

**V. — Zwei Fälle von Erkrankung..... (Deux cas de maladies consécutifs à la sérothérapie), par V. CNYRIM** (*Ibid.*, *n° 48*).

**VI. — Ueber eine Nachwirkung des Antitoxins bei Behandlung der Diphtherie, par W. LUBLINSKI** (*Ibid.*, *n° 45*).

I. — Dans cette conférence qui a eu lieu le 11 octobre 1894, l'auteur expose la technique et le résultat actuel de la sérothérapie. La mortalité à l'institut de Koch est tombée à 16 0/0 en y comprenant tous les cas présentés. Aucun des enfants reçus le 1er ou le 2e jour de la maladie n'a succombé. Il est à remarquer que dans certains cas les fausses membranes s'étendent encore après la première injection ; ce phénomène n'entraîne pas une aggravation de pronostic : l'on voit communément l'état général s'améliorer et bientôt les fausses membranes s'arrêtent dans leur extension et disparaissent. Dans aucun cas, l'auteur n'a vu d'extension au larynx après le début du traitement.

II. — 132 enfants ont été traités à Urban, du 20 janvier au 25 octobre,

par le sérum. 11 sont encore en traitement. Sur les autres 121, 81 sont guéris, 66 0/0 ; 40 sont morts, 33,1 0/0.

La moyenne de janvier 1890 au 31 décembre 1893 donne 54,9 0/0 de guérison et 45,1 0/0 de mort ; soit une diminution de 12 0/0 dans la mortalité par le sérum.

Le sérum ayant manqué, 106 cas ont été traités par les autres méthodes avec une mortalité de 53,8 0/0 ce qui donnerait pour la même épidémie un bénéfice de 20,7 0/0 par le sérum.

Les 121 cas traités se décomposent en : 43 cas graves avec 58,2 0/0 de mortalité ; 47 cas moyens avec 29,8 0/0 de mortalité ; 31 cas légers avec 3,3 0/0 de mortalité.

15 enfants au-dessous de 2 ans ont donné 7 morts.

42 trachéotomies ont donné 52,4 0/0 de mortalité au lieu de 77,5 les années précédentes. 8 trachéotomies au-dessous de 3 ans ont donné 5 morts, auparavant on avait 98 morts sur 108.

Les injections après le 3e jour de la maladie ont donné peu de résultats. Les résultats sont d'autant meilleurs que les doses initiales sont plus fortes. Au début, on donnait 200 unités, maintenant 600. Les injections n'ont eu d'autres inconvénients que quelques urticaires.

III. — Depuis le 16 août, 30 enfants ont été traités à la clinique par le sérum ; sur ce nombre, 5 ont subi la trachéotomie, 2 sont morts, l'un avait été apporté moribond, l'autre, un des trachéotomisés, était d'une faiblesse extrême et en même temps sous le coup d'une diphtérie hypertoxique et d'une pneumonie.

Le résultat de cette première série est excellent, et démontre cependant que le sérum de Behring ne détruit pas dans le corps humain la toxine diphtéritique comme il le fait dans le verre à réactif, car il ne supprime ni les albuminuries, ni les paralysies musculaires. Sur les 30 enfants traités, 2 seulement n'avaient pas de bacille diphtéritique, les injections chez ces deux enfants se sont montrées absolument inoffensives.

IV. — Les injections immunisantes ont été faites sur 64 enfants répartis dans 25 maisons. Le diagnostic bactériologique avait été fait pour les frères malades. 10 enfants traités par une unité du sérum de Behring ont donné 4 diphtéries légères. — 8 par le sérum d'Aronson à 6 unités, pas de malades. — 18 par le même sérum à 30 unités, 2 malades. — 28 par le sérum de Behring à 60 unités, pas de malades. Quatre personnes plus âgées, non vaccinées, ont été atteintes. 11 cas de diphtérie traités par le sérum ont tous guéri avec 2 paralysies du voile du palais.

V. — Les deux assistants de V. Cnyrim, Gallus et Korte, ayant eu l'un des fausses membranes, l'autre une menace d'infection, ont reçu : le premier deux injections de 10 centimètres cubes de sérum de Behring (nos 2 et 3), l'autre une seule injection de sérum no 1. Dans les deux cas, l'angine a immédiatement rétrocédé, mais il est survenu de la fièvre (39°,2-39°,5) ; une éruption urticarienne, des douleurs dans les membres sur le trajet des nerfs et dans les articulations, du gonflement douloureux des ganglions de diverses régions, une perte notable de poids et affaissement très marqué avec convalescence de longue durée. Dans les deux cas, la rate était tuméfiée et l'urine ne contenait pas d'albumine. La possibilité d'une infection au moment de l'injection doit être absolument écartée.

VI. — Enfant atteint de diphtérie nasopharyngée ; 3 injections de 10 centimètres cubes de sérum de Behring no 1. Le résultat avait été excellent au

point local et général : mais dix jours après la dernière injection, apparut un érythème accompagné de fièvre (40°3) et de douleurs violentes dans les articulations, surtout dans les genoux. La durée de cette complication, qui s'est terminée par la guérison, a été de 5 jours.

**231 cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtéritique, par MOIZARD et PERREGAUX** (*Bull. Soc. méd. des hôp., 7 décembre 1894*).

Les auteurs ont traité par la sérothérapie 231 enfants ; 53 cas d'angines douteuses, mais reconnues non diphtéritiques avaient reçu une injection de sérum, mais ils ne sont pas compris dans cette statistique. Ces 231 cas ont donné 34 morts, 14,71 0/0, comprenant 2 morts pendant la trachéotomie, 5 cas entrés à l'hôpital avec broncho-pneumonie et morts dans les 24 heures, un enfant avec angine hypertoxique mort trois heures après son admission.

Les résultats se décomposent ainsi :

Angines diphtéritiques pures, 44 cas, 2 morts. Angines diphtéritiques avec associations microbiennes, 42 cas, 6 morts. Croups simples, 94 cas, 17 morts. Croups avec associations, 51 cas, 9 morts.

La trachéotomie a été faite 30 fois, 12 morts ; le tubage 18 fois, 7 morts ; 6 fois on dut faire une trachéotomie secondaire.

D'après les observations des auteurs, l'albuminurie n'est pas plus fréquente que sans les injections ; les injections sont inutiles contre les accidents secondaires, broncho-pulmonaires, après la disparition des manifestations pharyngo-laryngées. M. et P. sont partisans d'un traitement local, grandes irrigations, glycérine salicylée au 20e à titre d'adjuvant très utile.

Les accidents à signaler après la sérothérapie n'ont pas été graves, mais ils doivent être connus. Il y a eu 14 cas d'urticaire, 9 cas d'érythème scarlatiniforme, 9 cas d'érythème polymorphe, 1 cas de purpura. Ces éruptions peuvent être tardives et n'apparaître que le 8e, 10e, 15e jour après l'injection ; elles paraissent bien dues au sérum, ayant été constatées dans des cas où l'angine n'était pas diphtérique.

Moizard a eu l'occasion de faire des inoculations préventives dans des familles où un enfant était pris de diphtérie ; l'innocuité a été complète chez les personnes. Il signale enfin un cas de récidive de diphtérie un mois après une guérison par le sérum.

Les auteurs concluent à l'efficacité du sérum, à son emploi dans les cas douteux graves, sans attendre l'examen bactériologique, et enfin dans les accidents laryngés où le diagnostic est fort difficile. A. CARTAZ.

**Le pétrole et la pyoktanine dans le traitement de la diphtérie, par GOTTLIEB** (*Vratch, p. 670, 1894*).

Gottlieb vante les attouchements des fausses membranes au pétrole. Les badigeonnages sont pratiqués quatre fois par jour ; ils sont peu douloureux et sont efficaces : les fausses membranes sont dissoutes en même temps que les bacilles se détruisent. Par contre, la pyoktanine s'est montrée complètement inefficace, sinon même parfois nuisible. H. R.

**Die lokale Behandlung..... (Le traitement local de la diphtérie pharyngée), par P. LÖFFLER** (*Deutsche med. Woch., n° 42, 1894*).

Malgré l'efficacité de la sérothérapie, l'auteur ne croit pas qu'il faille abandonner le traitement local de la diphtérie. La principale raison est dans le peu d'efficacité du sérum contre les formes associées, et aussi dans l'impossibilité où l'on peut se trouver d'avoir du sérum. L. emploie la formule suivante :

Toluol, 36 centimètres cubes; alcool absolu, 60 centimètres cubes; perchlorure de fer, 4 centimètres cubes.

L'application de ce mélange sur la muqueuse pharyngée étant douloureuse, on peut y ajouter 10 grammes de menthol qui ne diminuent pas son efficacité. On doit répéter les applications, toutes les 4 heures, jusqu'à ce que la température revienne à la normale, puis 3 fois par jour. Cette méthode a été employée à Greifswald pendant l'épidémie de 1893-94. Une centaine de cas ont été traités avec une mortalité de 18,2 0/0. L'examen bactériologique, qui a été fait dans tous les cas, a montré que chez 25 0/0 des malades, on n'avait pas affaire au bacille diphtéritique. 71 cas ont été traités à domicile sans une seule mort. Sur 30 cas traités à la clinique, il y a eu 5 morts, 4 par extension au larynx et au nez; un par pneumonie gangréneuse.

Le traitement est aussi efficace contre le streptocoque et le pneumocoque que contre le bacille diphtéritique seul; le staphylocoque résiste davantage. H. DE BRINON.

**Ein Beitrag zur Diphtheritis Therapie, par SEIDLER** (*Wiener med. Presse, 12 août 1894*).

Seidler donne à ses diphtéritiques du salicylate de soude, du chlorate de potasse, de la teinture de myrrhe; il leur fait mettre des cataplasmes chauds au devant de la gorge et s'ils y consentent leur fait respirer de la vapeur d'eau ou pratiquer quelques gargarismes ou lotions buccales avec eau de chaux ou eau boriquée. Seidler va jusqu'à tenir la teinture de myrrhe pour un spécifique en l'occurrence. CART.

**Ueber die Desinfectionskraft.... (Du pouvoir antiseptique des préparations de sozoïodol contre le bacille de Löffler), par Arthur DRÄER** (*Deutsche med. Woch., n°s 27 et 28, 1894*).

Les expériences de Dräer ont été entreprises pour contrôler les résultats remarquables obtenus par Schwarz, à Constantinople.

Elles ont porté sur l'acide sozoiodique et sur les sels de soude, de potasse, de zinc et de mercure.

Le sozoiodate de mercure est de beaucoup le plus efficace et son action sur les cultures de bacille diphthérique se rapproche de celle du sublimé. Un millième suffit pour tuer en 5 minutes une culture pure de bacilles : un demi-millième demande une heure pour le même résultat.

Le sozoiodate de soude ne vient dans l'ordre d'activité qu'après l'acide sozoiodique, mais en raison de son innocuité, l'auteur le place en première ligne pour l'emploi clinique.

Le sozoiodate de mercure ne viendrait qu'en seconde ligne en raison de sa toxicité. H. DE BRINON.

**Traitement de l'angine diphtéritique et du croup par les pulvérisations de sublimé par PILLIÈRE** (*Journ. de clin. et de thérap. infant., 20 septembre 1894*).

Pillière fait matin et soir un badigeonnage avec de la ouate hydrophile imbibée de la solution de nitrate d'argent à 1/30 et après chaque badigeonnage une pulvérisation avec un appareil de Richardson rempli d'une solution de sublimé à 1/500; pour les enfants au-dessous de 2 ans il emploie la liqueur de van Swielen. Les pulvérisations sont renouvelées toutes les 2 heures le jour, toutes les 3 heures la nuit, jamais il n'a eu d'intoxication hydrargyrique; sur 46 angines, toutes ont guéri ; sur 52 croups 6 ont dû être opérés, 6 sont morts. Il a employé aussi des irrigations directes dans le larynx de solution d'alun, avec un pulvérisateur à double courbure. H. L.

**Diagnostic de l'angine diphtéritique; traitement par le permanganate de potasse, par CATRIN** (*Soc. méd. des hôp., 27 juillet 1894*).

Sur 28 cas d'angines à fausses membranes, et soupçonnées diphthéritiques, 8 seulement avaient le bacille de Löffler, 7 étaient des angines à streptocoques, 5 à staphylocoques, 8 à bacilles divers, colibacilles, pneumocoques, etc. Sur les 8 cas il y a eu 2 morts. Catrin a pratiqué dans tous les cas des attouchements répétés toutes les 2 ou 4 heures avec une solution de permanganate de potasse au centième. Cet agent n'est ni caustique ni douloureux. H. L.

**Zur Diphtheriebehandlung, par Carl WEIGBEN** (*Deutsche med. Woch., n° 29, 1894*).

Le traitement de la diphtérie à la clinique de Hahn est le suivant :

Cravate de glace autour du cou et morceaux de glace à l'intérieur. Gargarismes fréquents avec une solution de chlorate de potasse à 4 0/0 ou, s'il y a de la fétidité, de permanganate à 1/4000. Spray avec l'eau pure, l'eau de chaux ou l'eau salée pour les enfants trop jeunes pour se gargariser. Dans les cas de diphtérie nasale, injections avec une solution chaude d'acide borique à 2 0/0 ou de permanganate à 1/4000. Même traitement en cas d'infection nasale; en plus, lavements avec solution boriquée à 2 0/0, alcool à haute dose à l'intérieur.

Dès que les signes de gêne respiratoire se manifestent, spray; dès qu'il y a du tirage, trachéotomie; c'est la trachéotomie inférieure qui est pratiquée de préférence.

Le nombre proportionnel des guérisons a augmenté chaque année; il s'est élevé de 44 0/0 les premières années à 62 0/0 dans les trois dernières. La guérison des trachéotomies s'est élevée de 21 à 43 0/0. En février et mars de cette année, le sérum anti-diphtéritique a été employé et a donné 72 0/0 de guérisons pour les non opérés et 44 0/0 pour les opérés. Cette proportion, bien que meilleure que les résultats précédents, ne permet pas encore une conclusion définitive, car l'épidémie était bénigne, et, en reprenant la statistique des années précédentes, on trouve des épidémies de même durée qui ont donné 74 0/0 de guérisons.

H. DE BRINON.

**Treatment of diphtheria, par A. Campbell WHITE** (*Med. Record, 3 novembre 1894*).

W. a soumis les cas de diphtérie à trois sortes de traitement : irrigations des cavités naso-pharyngiennes avec une solution chaude d'eau salée répétées toutes les 3 heures, ou irrigations avec pulvérisations faites également de 3 en 3 heures, sauf pendant la nuit, avec une solution d'eau oxygénée de 5 à 25 0/0 ; ou enfin lavages avec la solution de sublimé à 1/4000 toutes les 8 heures dans le nez et toutes les 3 heures dans la gorge.

Sur les 84 cas qu'il eut à traiter : 40 cas irrigations d'eau salée ; 24 cas irrigations d'eau salée et pulvérisations de pyrozone ; 20 cas irrigations bichlorure de mercure, la mortalité a été nulle.

W. repousse l'emploi des cautérisations, raclage des fausses membranes et l'abus des antiseptiques plus ou moins corrosifs ; l'eau salée en larges irrigations est, pour lui, la méthode de choix. CART.

**Bromoform in whooping cough, par A. CARPENTER** (*Philadelphia policlinic, 16 juin 1894*).

Carpenter vante les bons effets du bromoforme dans la coqueluche. Il le regarde comme un anesthésique de la muqueuse du pharynx, et c'est à cette action qu'il attribue la diminution de fréquence et d'intensité des quintes, ainsi que la cessation des vomissements. A haute dose, c'est un stupéfiant qui peut devenir dangereux. Les doses sont : de 1 à 5 gouttes trois fois par jour. H. R.

**Traitement et guérison possible de la granulie par les badigeonnages de gaïacol, par F.-J. BOSC** (*Lyon méd., 18 novembre 1894*).

Après avoir rappelé les observations publiées par Bard, Courmont, de lésions tuberculeuses amendées en quelques jours par les badigeonnages de gaïacol, B. relate le cas d'une femme de 33 ans, entrée pour une granulie aiguë avec des signes graves : dyspnée, fièvre intense (40°,7), crachats rares et sanguinolents, etc. L'antipyrine, la quinine et des médications variées n'amenèrent aucun changement. Le 6e jour, la malade était moribonde ; badigeonnages sur les mains de 2 grammes de gaïacol uni à de l'huile d'amandes douces. Chute thermométrique de 3° le lendemain. Deuxième badigeonnage, mêmes résultats. Amélioration rapide des signes pulmonaires et de l'état général. Au bout d'un mois sortie de l'hôpital.

Il manque à ce fait l'examen des crachats au point de vue bacillaire.

A. CARTAZ.

**I. — Ueber die Resultate von 48 mit Tuberculin behandelten Tuberculösen, par SCHIESS et KARTULIS** (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infect., XV, et Hyg. Rundsch., IV, n° 12, p. 547, 15 juin 1894*).

**II. — Ueber secundär Infection bei Lungentuberculose, par HUGUENIN** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 13, p. 393, et n° 14, p. 436, 1er et 15 juillet 1894*).

I. — Schiess et Kartulis ont continué jusqu'à présent la pratique des injections de tuberculine à l'hôpital d'Alexandrie. Il ne leur a pas été possible d'en limiter l'emploi à la phase initiale de la tuberculose, mais ils n'ont pas tardé à remarquer que, sous le climat doux et surtout très uniforme d'Alexandrie, ce traitement est sans danger et que la plupart de leurs

malades n'avaient pas besoin d'être hospitalisés. Les résultats obtenus avec la tuberculine sont supérieurs à ceux que leur ont donnés l'arsenic, l'iodoforme, la créosote, le gaïacol.

Ils font 3 injections par semaine, débutant par 1/10 de milligramme ; ils cherchent à éviter les fortes réactions, ne dépassent pas la dose de 100 milligrammes mais redescendent de celle-ci jusqu'à la dose de 10 et remontent encore une fois. Comme phénomènes désagréables, ils ne signalent que quelques crachements de sang, vomissements et dyspnée.

Le chiffre des tuberculeux ainsi traités s'élève à 48 dont 33 phtisiques parmi lesquels ils comptent 7 guéris (21,7 0/0), 4 guéris provisoirement, 2 presque guéris, 8 améliorés, 8 partis prématurément, 2 aggravés et 2 morts (6,2 0/0).

Les 11 malades atteints de tuberculose des os, des articulations ou des ganglions ont donné 8 guéris (dont 5 avec l'aide simultanée de l'intervention chirurgicale) 2 améliorés et 1 sans changement.

Des 2 tuberculoses cutanées, l'une est guérie définitivement, l'autre provisoirement.

Enfin les deux derniers cas, des lupus, ne permettent pas de jugement.

Ils concluent que la tuberculose pulmonaire commençante peut être sûrement guérie par la tuberculine en 3 ou 4 mois ; qu'il en est de même pour les cas avancés, en 6 mois ou 1 an ; que dans les cas graves, la guérison est encore possible, si les conditions sont très favorables et les cavernes pas trop vastes ; qu'enfin, lorsqu'il existe de grandes cavernes, de la fièvre hectique et des sueurs nocturnes, cette médication n'a plus d'utilité.

II. —H. n'emploie jamais les injections de tuberculine chez les phtisiques héréditaires, même au début de la maladie. Chez les phtisiques chroniques, il fait dépendre sa décision d'un examen prolongé de l'expectoration : quand les pyocoques sont nombreux dans les crachats, il ne pratique pas les injections et n'en fait jamais non plus quand ces malades ont de la fièvre. Enfin, il y renonce également dans le stade terminal, surtout s'il existe des streptocoques dans le sang. J. B.

**Traitement d'urgence du pneumothorax par la ponction aspiratrice, par MACQRET** (*Thèse de Paris, 1894*).

M. établit par une série d'observations que l'intervention s'impose dans le pneumothorax quand il y a menace d'asphyxie. Cette menace, en effet, prime toutes les autres considérations, tirées de l'étendue, du siège, de la nature et de l'épanchement gazeux. Sauf dans le cas de pneumothorax gangréneux qui réclame un traitement vraiment chirurgical, c'est à la méthode aspiratrice qu'il convient de recourir. Les résultats immédiats en seront toujours favorables. Les résultats éloignés paraissent meilleurs dans le pneumothorax emphysémateux que dans les autres variétés. En tout cas, l'opération n'est jamais dangereuse et le seul risque que l'on court est d'avoir pratiqué une ponction inutile. R. FAURE-MILLER.

**Glycosuria from taking thyroid extract, par W. DALE JAMES** (*Brit. Journ. of dermat., juin 1894*).

Dale James rapporte l'histoire d'un médecin souffrant d'un psoriasis

invétéré qui se soumit au traitement thyroïdien, d'abord sans effet sensible (à la dose de deux tablettes de Burroughs par jour.) Bientôt il prit quatre tablettes par jour et alors il commença à ressentir des palpitations et des lipothymies. Il s'y joignit de la polyurie, de la dyspnée et une respiration à odeur d'acétone. On trouva une notable quantité de sucre dans l'urine, dont la densité atteignait 1032. Suppression du traitement thyroïdien, disparition des accidents et de la glycosurie en moins de 15 jours. Le psoriasis ne fut pas modifié. H. R.

**Goître exophtalmique très rapidement amélioré par la médication thyroïdienne. Guérison des symptômes concomitants du goitre et de l'exophtalmie, par J. VOISIN** (*Soc. méd. des hôp., 19 octobre 1894*).

Une femme de 32 ans présente depuis le mois de mars les signes de la maladie de Basedow, goître, exorbitisme, palpitations, œdème des jambes, caractère irritable, tremblement, insomnie, impossibilité de travailler. Voisin constata le 15 août l'existence de ces symptômes très accusés. Il fait supprimer tout médicament et ordonna 8 grammes de glande thyroïde de mouton par jour, en deux fois avant les repas. Dès le 22 août, amélioration ; le 25 septembre, le pouls de 150 est tombé à 90; le caractère est redevenu facile, le tremblement a disparu, l'exophtalmie a diminué; le cou mesure 36 au lieu de 40. Le sommeil est revenu; l'œdème des jambes a disparu. Depuis elle a continué le traitement par série de 3 semaines, avec suspension de 8 jours. Dreyfus-Brisac et Béclère ont toujours observé dans des cas analogues l'aggravation des symptômes. H. L.

**Zur Kropfsbehandlung mit parenchymatösen Iodoformeinspritzungen, par GARRÉ** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 12, p. 361, 12 juin 1894*).

Par la méthode de Boéchat (*R. S. M.*, XVII, 254), Garré a traité 140 goîtres. Pour pratiquer les injections parenchymateuses, il se servait d'une solution de 1 gramme d'iodoforme dans 7 grammes d'huile d'olives et 7 grammes d'éther; les injections sont répétées dans un laps de 2 à 5 jours, quelquefois seulement tous les 8 jours, et exceptionnellement, quotidiennement.

Leur nombre oscille entre 3 et 16. Désireux de se rendre compte de la valeur de la méthode, il n'a exclu du traitement que les formes malignes, les kystes purs et les gros noyaux colloïdo-kystiques isolés.

Les résultats définitifs de la médication ont pu être constatés sur 87 malades. Chez 51 d'entre eux, le cou a diminué de 2 à 7 centimètres et chez 26, de 2 centimètres ou de moins. Chez 8 il n'y a eu aucune diminution, et chez les 2 derniers il y a eu même augmentation de la circonférence du cou. Dans les cas de goître rétrosternal, le sifflement respiratoire a disparu. Après la terminaison de la cure, l'action de l'iodoforme a continué à se faire sentir chez un grand nombre de goîtreux; d'autre part, Garré a constaté quelques récidives.

Ce traitement lui paraît spécialement indiqué pour les goîtres mous : hypertrophique simple, folliculaire, gélatineux, etc.; puis, à condition d'être continué plus longtemps, pour les goîtres vasculaires. (*R. S. M.*, XXV, 138 ; XXIX, 240 et XXXVI, 245.) J. B.

**Le régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies, par A. MATHIEU** (*Un vol. 445 p., Paris, 1894*).

Le régime alimentaire prend une part de plus en plus prépondérante dans l'hygiène prophylactique et dans le traitement des dyspepsies, aussi bien que dans celui des maladies générales qui reconnaissent pour cause des troubles de la nutrition ; aussi, le nombre des publications relatives au régime alimentaire augmente-t-il chaque jour.

L'excellent ouvrage de Mathieu est l'exposé fidèle et complet de la question. Après avoir longuement étudié les principes alimentaires et le régime alimentaire normal, Mathieu passe en revue les différents régimes et les préparations alimentaires spéciales à l'usage des dyspeptiques (viande crue, peptones, poudres de viande, poudres à base végétale, etc).

Puis il étudie le régime alimentaire approprié aux diverses formes cliniques de dyspepsie, notamment à la dyspepsie nerveuse ou nervo-motrice, à l'hyperchlorhydrie. Dans la première forme la carte culinaire peut être variée, et les moyens physiques tels que l'hydrothérapie, le massage importent autant pour la guérison que le régime alimentaire. Dans l'hyperchlorhydrie le régime doit être beaucoup plus sévère, car l'on sait combien fréquemment l'ulcère vient compliquer l'hyperchlorhydrie, quand on néglige de la combattre à son début ; tous les détails de l'alimention de l'hyperchlorhydrique, dont les bases sont aujourd'hui bien établies, sont indiqués minutieusement.

Mathieu expose ensuite le régime qui convient aux malades atteints de constipation, à ceux qui présentent des altérations du foie et du pancréas, enfin celui qui est applicable dans les maladies de la nutrition, dans les néphrites, les cardiopathies, etc. G. LYON.

**Ascite tuberculeuse guérie par la ponction abdominale suivie d'une injection de naphtol camphré, par RENDU** (*Soc. méd. des hôp., 2 mars 1894*).

Une fille de 16 ans, présente depuis 2 mois une ascite à développement progressif, et un amaigrissement croissant, avec sueurs nocturnes et inappétence ; une ponction permet de retirer 6 litres de liquide, puis on injecte 5 centimètres cubes de naphtol camphré. Il n'y eut aucune réaction douloureuse dans le ventre ; mais trois jours après on note un peu d'empâtement sus et sous-ombilical, une légère pleurésie à gauche, puis un peu de congestion du sommet des deux poumons. Dix jours après la ponction, l'empâtement sous-ombilicale a disparu ; la bride épiploïque persiste. Au bout d'un mois, la malade était complètement guérie. Il y eut le contrôle expérimental de deux cobayes inoculés avec le liquide ascitique, l'un d'eux succomba au bout d'un mois à la tuberculose. H. L.

**Bone-marrow in the treatment of pernicious anemia, par DANFORTH** (*Chicago clin. review, IV, 1*).

D. relate un cas d'anémie pernicieuse des plus graves où l'injection d'extrait de moelle osseuse a donné d'excellents résultats. Il faisait macérer 3 ou 4 jours la moelle dans la glycérine, exprimait ce mélange et donnait ce suc à la dose de une cuillerée à café trois fois par jour. Plus tard, on donna simplement la moelle d'os associée à une solution d'arsénite de potasse et de phosphate de soude. L'hémoglobine remonta de 35 à 80 0/0 et les forces revinrent rapidement. A. CARTAZ.

**Du traitement des fièvres intermittentes par les badigeonnages de gaïacol dans la région splénique, par KOHOS** (*Gaz. des hôp., 30 octobre 1894*).

K. préconise l'emploi du gaïacol en badigeonnages dans les cas d'intolérance stomacale pour la quinine et comme adjuvant à ce sel. Dans un cas, la chute de la température a été rapide et sans autre médication l'accès de fièvre intermittente a cédé radicalement. A. C.

**Suc splénique et cachexie paludéenne, par COUSIN** (*N. Montpellier méd., n° 41, p. 814, 1894*).

Chez 2 malades atteints de cachexie paludéenne, Cousin a eu l'idée d'employer le suc splénique en injections sous-cutanées. Ce suc a été préparé avec la rate fraîche de mouton.

Les premières injections ont été faites avec une dose de 1 gramme d'extrait splénique, puis la dose a été portée progressivement jusqu'à 10 grammes. Chez l'un des malades, les injections ont été faites durant 35 jours sans donner lieu à aucun accident (2 fois seulement une élévation de température de 1 degré est survenue).

Ces injections ont un effet diurétique qui se manifeste au bout de 15 à 20 minutes. Leur action sur l'état général a été manifeste ; ainsi le premier malade a pu quitter l'hôpital dès la 10e injection et put quitter le régime lactif exclusif pour un régime mixte plus substantiel ; au bout d'un mois il avait gagné 8 kilogrammes. L'effet des injections sur l'hypertrophie de la rate a été également manifeste ; les diamètres de cet organe ont sensiblement diminué, enfin la numération des globules rouges a donné 4,150,000 par millimètre cube au lieu de 3,000,000 constatés avant ce traitement. 40 jours après le début du traitement, l'état général du malade était excellent. L'observation du second malade est sensiblement analogue à la précédente. G. LYON.

**Thérapeutique des maladies du foie, par L. GALLIARD** (*Paris, 1894*).

Se plaçant au point de vue pratique, Galliard divise son livre en trois parties.

La première est consacrée à l'étude des réactions physiologiques du foie, lesquelles peuvent constituer des indications pharmaco-dynamiques. L'auteur les étudie en considérant le foie comme organe vasculaire et comme organe producteur de bile, comme producteur de glycogène, d'urée et d'acide urique, enfin, comme organe transformateur des matières, détenteur et destructeur des poisons.

Dans la seconde partie, Galliard décrit les réactions pathologiques du foie, lesquelles constituent les indications thérapeutiques et prophylactiques. Cette partie contient un chapitre, plus particulièrement intéressant, celui qui traite de la séméiologie générale. Les indications thérapeutiques étant ainsi posées dans les chapitres I et II, l'auteur passe en revue les diverses médications dans le chapitre III.

Dans la troisième partie sont exposées les diverses maladies du foie et des voies biliaires ; on trouvera des renseignements précieux dans les chapitres XX et XXI qui se rapportent aux cures hydro-minérales et au traitement chirurgical, dans la lithiase biliaire. R. FAURE-MILLER.

**Traitement des néphrites par les enveloppements et les applications externes de pilocarpine, par H. MOLLIÈRE** (*Revue intern. de thérap., 13 novembre 1894*).

Ce traitement consiste dans des frictions pratiquées sur tout le tronc avec une pommade de vaseline 100 grammes, nitrate de pilocarpine 5 à 10 centigrammes. La partie enduite est recouverte d'une épaisse couche de coton et d'une feuille de taffetas ciré. Sous l'influence de cette médication on voit au bout d'une ou deux heures survenir une transpiration abondante, une diurèse très forte (3, 4 litres) et consécutivement une amélioration de la dyspnée, des troubles généraux.

M. a appliqué depuis 10 ans cette méthode à un grand nombre de malades atteints de néphrites aiguës ou chroniques. Chez tous le résultat a été excellent et la durée de l'amélioration proportionnelle à la gravité des lésions, les cas aigus bénéficiant dans une plus large mesure de cette médication. M. ne voit qu'une contrindication, au moins temporaire : c'est l'urémie. A. CARTAZ.

**Ueber die Einfluss des Lävulose..... (Sur l'action de la lévulose sur l'élimination de glucose dans le diabète), par BOHLAND** (*Therap. Monats., n° 8, p. 377, août 1894*).

La lévulose à la dose de 20 à 40 grammes, chez deux malades atteints de diabète léger, n'a pas modifié l'excrétion du glucose ; ce qui pourrait faire admettre que la lévulose est en grande partie brûlée dans l'organisme. En portant la dose à 50 grammes la glycosurie fut augmentée de 20 grammes. La tolérance des diabétiques vis-à-vis de la lévulose est donc très faible. Il n'y a donc pas lieu de compter sur ce sucre dans l'alimentation des diabétiques. PAUL TISSIER.

**Traitement du rhumatisme articulaire aigu par un nouveau composé salicylé, la malakine, par MONTAGNON** (*Loire méd., 15 juillet 1894*).

D'un essai fait sur quatre rhumatisants, il résulte que la malakine, nullement nocive, même à doses massives, augmente la diurèse, facilite l'élimination de l'acide urique et abaisse nettement la température ; jamais elle ne produit de bourdonnement d'oreille, ni de troubles digestifs. La dose ordinaire est de 6 grammes par 24 heures ; elle peut être portée à 10 grammes sans danger, en en fractionnant l'administration. OZENNE.

**The treatment of malignant disease with the toxins of erysipelas, par COLEY** (*Med. News, p. 645, 9 juin 1894*).

Depuis décembre 1892, Coley a traité 35 cas de tumeur maligne, par l'injection de toxines de « bacillus prodigiosus » mélangées avec des toxines de streptocoque de l'érysipèle, 25 malades étaient atteints de sarcome, 7 de carcimone, et 3 de tumeur de nature indéterminée, sarcome ou carcinome.

Parmi ces cas, nous trouvons : 1 cas de sarcome de l'abdomen et du bassin, suivi de guérison ; 1 cas de sarcome récidivé du dos et de l'aine, suivi de disparition complète de la tumeur, sans récidive 14 mois plus tard ; un sarcome de la fosse iliaque, avec disparition d'une partie de la tumeur, la santé de la patiente restant parfaite ; un sarcome inopérable

de la paroi abdominale, avec guérison complète ; un sarcome de la jambe récidivant après amputation, avec engorgement des ganglions inguinaux, grandement amélioré, la malade étant encore en traitement, etc.

Dans les 8 cas de carcimone ainsi traités, on note une amélioration marquée dans 2 cas, une amélioration légère dans 4 cas, et un effet nul dans les 2 autres cas. Jamais on n'a obtenu la disparition de la tumeur.

Les sarcomes qui contiennent des cellules fusiformes sont plus susceptibles à l'action des toxines: quant aux sarcomes du périoste ou des os, ils sont peu influencés par le traitement.

L'action curative des toxines de l'érysipèle est donc établie, plus marquée pour les sarcomes que pour les carcinomes. Cette action est augmentée lorsqu'on ajoute des toxines du bacillus prodigiosus. Quant aux résultats obtenus par l'emploi des toxines, ils sont produits sans danger, et presque identiques à ceux qu'entraîne une attaque d'érysipèle.

MAUBRAC.

**Beitrag zur Serumtherapie des Tetanus, par TAVEL** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 4, p. 106, 15 février 1894*).

Enfant blessé à la joue d'un coup de pied de cheval. Début du trismus et de la dysphagie 7 jours après l'accident ; 3 jours plus tard apparaissent les convulsions qui, dès le lendemain, sont généralisées. Hémiplégie faciale.

Le 5e jour début du traitement par injections sous-cutanées de sérum curatif. En 8 jours, l'enfant reçoit ainsi 120 centimètres cubes de sérum.

Les derniers accès de convulsions se produisirent le 15e jour, mais la paralysie faciale ne disparut qu'un mois plus tard.

Le pus de la plaie ne contenait pas de bacilles de Nicolaier et fut inoculé sans résultat. Tavel ajoute que sur 10 cas de tétanos qu'il a soumis à l'examen bactériologique, il n'a trouvé qu'une fois les bacilles spécifiques.

Tavel recommande pour la préparation du sérum de chien le procédé très simple que lui a indiqué Drechsel. On tire du sang de l'artère fémorale de l'animal et on le recueille dans des éprouvettes stérilisées ; au bout d'un quart d'heure on enlève le caillot qui s'est formé sur les bords du verre, on centrifuge le sang durant 1 h. 1/2 et l'on décante le sérum clair qui s'est séparé à la partie supérieure.

Il ajoute qu'il a eu plus récemment l'occasion de traiter aussi avantageusement avec l'antitoxine un autre cas de tétanos. J. B.

**Ueber die subcutane Injection..... (Injections d'argentamine dans le tabes), par G. ROSENBAUM** (*Deutsche med. Woch., n° 31, 1894*).

60 injections d'argentamine en tout ont été faites ; quelques malades ont reçu jusqu'à 10 injections ; la solution était à 2 0/0. L'injection est très douloureuse, la douleur souvent persiste 24 heures. Quatre ou cinq fois, il y a eu des abcès, plusieurs fois nécrose de la peau et presque toujours une induration persistante. Les urines ont été examinées et l'on n'a pu y trouver aucune trace d'argent. L'action sur la maladie a été absolument nulle. H. DE BRINON.

# HYGIÈNE.

**I. — Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'Administration sanitaire** (*in-8° Paris, vol. XXI*).

**II. — Idem** (*XXII*).

I. — A. *Hygiène alimentaire.* 1° Dès sa première séance, le comité a eu à s'occuper d'une de ces questions sempiternelles qui, comme le plâtrage des vins, suscitent des récriminations de la part des producteurs ou industriels intéressés. Il s'agit de la *soudure intérieure des boîtes de conserves* qui a fait l'objet déjà de six rapports antérieurs depuis 1878. Bien que l'interdiction de pratiquer ces soudures autrement qu'à l'étain fin, non plombifère, date de 1879, les fabricants ne se lassent pas de demander de nouveaux sursis, mais le comité s'y oppose une fois de plus.

2° Les *têtes de siphons* sont faites avec un alliage qui renferme aussi souvent du plomb; sur 4 échantillons analysés, 3 en contenaient, dont un jusqu'à 915 milligrammes par 100 grammes de métal d'alliage, et c'est précisément la marque la plus en vogue à Paris.

3° C'est encore la préoccupation du saturnisme qui a dicté la circulaire ministérielle du 15 avril 1891, prohibant l'emploi du plomb pour réparer les meules, pour souder ou étamer les ustensiles de la minoterie. En effet, en 1888, la colique du Poitou a reparu dans la Haute-Vienne chez les consommateurs de pain préparé avec de la *farine* d'un meunier qui bouchait au plomb les fissures de ses meules; dans un kilo de cette farine, il se trouvait jusqu'à 3 milligrammes de plomb.

4° L'usage du *borax* et de l'acide borique est défendu dans les conserves de poissons.

5° *Coloration artificielle.* Le comité n'est pas d'avis de colorier la *margarine* pour faciliter sa distinction du beurre, non plus que de permettre aux propriétaires dont les *prunes* sont tachées par le brouillard, de leur redonner meilleur aspect, à l'aide d'alun, de bois de campêche, de sulfate de fer, de brou de noix, de mûres ou de couleurs d'aniline. En revanche, il ne voit pas d'inconvénient à autoriser pour les *fruits confits* cette dernière catégorie de colorants et une circulaire ministérielle du 29 décembre 1890, contient la liste des *couleurs interdites* et de celles qui sont permises.

6° Le *vin* ne doit pas renfermer plus de 1 gramme de chlorure de sodium par litre. Ce tome reproduit la loi du 11 juillet 1891 tendant à réprimer les fraudes dans la vente des vins.

7° *Tabac.* Le comité ne se montre pas favorable à l'introduction dans le tabac de substances médicamenteuses, telles que le tannin et la kola, pour en atténuer les effets toxiques. Il n'est pas davantage partisan d'une

loi réclamée par la Société contre l'abus du tabac, pour en interdire l'usage au-dessous de 16 ans.

B. *Hygiène municipale.* 1° *Eaux potables.* Un intéressant rapport de Monod montre la suite qui a été donnée aux 333 projets d'approvisionnement, provenant de 57 départements, qui ont été approuvés jusqu'ici. Dans l'année 1891, 94 nouveaux projets ont été soumis au comité dont le laboratoire a analysé 185 échantillons d'eau. Ce volume renferme les rapports sur les projets repoussés de Barbézieux (eau de la Charente déjà repoussée en 1888) et de Cherbourg (épuration des eaux de la Divette par les puits filtrants Lefort) et les projets acceptés de Biarritz, de Fourmies, de Lyon (extension du service d'eau du Rhône filtrée) et de Quimper. Texte d'un projet de loi réglant les droits des communes sur les sources d'eau potable de leur territoire. Rapports sur le procédé d'épuration Anderson employé à Boulogne-sur-Seine par la compagnie des eaux de la banlieue; sur l'appareil stérilisateur Rouart, Geneste et Herscher et sur l'appareil André pour le nettoyage des filtres Chamberland.

2° *Egouts.* Bourg qui pratique, depuis un temps immémorial, le tout à la rivière a reçu l'autorisation de déverser ses nouveaux égouts aussi dans la Reyssouze. Texte de la loi du 24 juillet 1891 concernant l'assainissement de Marseille.

3° *Ordures ménagères.* Rapport sur le transport par chemin de fer des gadoues de Marseille dans l'Hérault.

4° *Cimetières.* Refus d'approuver le projet de translation du cimetière d'une commune de la Savoie.

5° *Hôpitaux.* Rapport sur l'installation de leurs cabinets d'aisance (Martin et Thoinot). Rejet d'un projet d'approvisionnement d'eau destiné à l'hôpital de Saint-Servan.

C. *Epidémies.* 1° *Fièvre typhoïde.* Mémoire de Brouardel sur sa répartition en France avec nombreux tableaux et graphiques; travail de Thoinot montrant son atténuation et sa localisation à Fougères sous l'influence d'une meilleure eau potable. Rapports sur les épidémies de Villerville et de Trouville (1890).

2° *Typhus* à l'île Tudy (Finistère) en 1891.

3° *Choléra* de la mer Rouge, du Hedjaz, de la Mésopotamie, de la Perse et de la Syrie en 1889 et 1890 (Proust).

D. *Prophylaxie.* 1° Adoptant les conclusions de Grancher, le comité est d'avis que pour la *rougeole*, il n'est pas besoin d'hôpital extra-muros, mais qu'il convient d'avoir des salles séparées pour les morbilleux simples et pour ceux atteints de complications, telles que la bronchopneumonie et l'otite; 2° *Variole.* Rapport sur le pavillon d'isolement de l'hôpital de Saint-Étienne placé à 48 mètres du nouveau lycée. Rejet du vœu du Conseil de salubrité du Finistère tendant à autoriser les instituteurs à pratiquer la *vaccine.* 3° *Fièvre typhoïde.* Troisième rapport du ministre de la guerre sur sa prophylaxie dans l'armée, par l'amélioration des eaux potables des casernes. 4° *Choléra.* Mesures défensives contre les épidémies d'Espagne et du Hedjaz (1890). 5° État sanitaire et hygiène des *villes hivernales* du littoral méditerranéen. Deux seules d'entre elles possèdent une étuve : Nice (municipalité) et Menton (syndicat des hôteliers). Sur l'avis des rapporteurs Proust et Martin, le comité réclame,

entre autres mesures, la désinfection des voitures de voyageurs sur chemins de fer.

E. *Désinfection.* 1° Intéressant travail de Thoinot sur le *gaz sulfureux;* les conclusions expérimentales ont déjà été reproduites (*R. S. M.*, XXXVII, 81). Mais l'auteur insiste sur la nécessité d'un local spécial pour pratiquer cette désinfection; faite à domicile, elle est à la fois illusoire et impraticable. Illusoire parce qu'il ne suffit pas de coller des bandes de papier sur toutes les ouvertures pour empêcher le gaz de s'échapper; il faut les mastiquer ou les plâtrer. Impraticable, parce que, bien faite, elle incommoderait tout le voisinage pendant plus de 24 heures et chasserait les habitants de leur logement. 2° *Sublimé corrosif.* A cause des méprises possibles, le comité s'oppose à la vente de pastilles au bichlorure de mercure, contenant chacune cinquante centigrammes.

F. *Hygiène professionnelle.* 1° Rapport de Chauveau sur les dangers que fait courir le *charbon* des animaux aux ouvriers de différents métiers et sur les moyens d'y parer. 2° *Secrétage* des poils de lapin (pour chapeaux) sans mercure.

G. *Hygiène industrielle.* Emploi de la *strontiane* dans les raffineries pour extraire le sucre des mélasses (*R. S. M.*, XL, 522).

H. *Eaux minérales : a*) françaises. 1° Etudes de Jacquot et Willm sur Labassère et Gazost (Hautes-Pyrénées), Rennes-les-Bains, Campagne et Alet (Aude), Dax et Gamarre (Landes).

2° Circulaire ministérielle du 26 janvier 1891 prescrivant l'examen préalable par le comité des travaux de construction ou d'amélioration dans les établissements thermaux.

*b*) étrangères : Tableau des eaux dont la vente est autorisée.

J. *Conseils d'hygiène des départements.* Rapports de Netter et de G. Ballet sur leurs travaux en 1888 et 1889.

II. — Le tome XXII contient une heureuse innovation : c'est le *compte rendu officiel des séances* du comité.

A. *Hygiène alimentaire.* 1° Conformément à l'avis du comité (*R. S. M.*, XLII, 137), des circulaires des ministres de l'Intérieur (10 mai 1892) et de la Justice (17 juin) prohibent l'addition de protochlorure d'étain au *pain d'épices.* 2° Conditions d'importation en France des eaux minérales artificielles étrangères (eaux de seltz et de soude).

B. *Hygiène municipale.* 1° *Eaux potables.* 78 projets d'approvisionnement ont été examinés par le comité et son laboratoire a fait l'analyse de 123 échantillons d'eau. Pour éviter des retards aux municipalités qui ne joignent pas à leurs projets d'amenée des renseignements suffisants, un programme d'instruction dressé par le comité est recommandé par le ministre de l'Intérieur. Ce volume contient entre autres les rapports sur les projets de Chantilly, de La Ferté-sous-Jouarre, de Saint-Brieuc, de Salies-de-Béarn et de Parthenay ; ce dernier mérite une mention particulière, car il s'agit de distribuer l'eau du Thouet *stérilisée par la chaleur;* le prix de revient est estimé à 35 centimes le mètre cube. La distribution de Caen, à peine achevée, est l'objet soit de tentatives de détournement des sources captées à grand frais, soit de récriminations sur la pureté de leurs eaux. De 1872 à 1882, Meudon a reçu de l'eau de Seine prise en amont de Paris et, depuis cette époque, la même prise en aval, à Boulogne. Bien que l'autorisation donnée à la compagnie ne fût que pour

5 ans, l'état de choses est resté identique depuis 1887, et les habitants, se prévalant d'un vote du conseil de salubrité de la Seine émis à l'occasion de l'épidémie de choléra en 1892, demandent naturellement à ne plus être obligés de boire une eau si infecte.

2° *Bains populaires et lavoirs publics.* Vaste travail de du Mesnil accompagné de plans et de figures, où est exposé ce qui s'est fait à cet égard non seulement en France, mais surtout en Angleterre et en Allemagne.

3° *Égouts.* Rapports autorisant : l'extension du réseau de Bordeaux ; la ville de Pau, qui pratique le tout à l'égout, à déverser le contenu de son collecteur dans son Gave ; celle de Trouville à essayer de s'assainir par le système Liernur (*R. S. M.*, VII, 134) qui fera ainsi ses débuts en France. Loi du 4 avril 1889 sur l'assainissement de la Seine et l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris.

4° *Cimetières.* Brouardel et du Mesnil sont d'avis qu'il n'y a aucun inconvénient à construire une école à Troyes sur un cimetière abandonné depuis 20 ans, toute la terre souillée devant être enlevée, sans danger, pour les fouilles nécessaires aux fondations du bâtiment. Rapport sur la création d'un second cimetière à Cherbourg.

5° *Écoles.* Une première circulaire du ministre de l'Instruction publique (29 août 1892) rend obligatoire la consultation préalable du comité sur les projets de constructions scolaires, tandis qu'une deuxième appelle l'attention des recteurs sur la qualité de l'eau de boisson mise à la disposition des élèves. A l'école professionnelle d'Armentières, on substitue les fosses d'aisance au tout à l'égout et à la Lys, laquelle laisse beaucoup à désirer tant pour la vue que pour l'odorat.

C. *Endémies.* Rapport de Gariel sur la réapparition des *fièvres paludéennes* dans les villages environnant le Havre de la Gachère (Vendée), à la suite d'une réobstruction du canal d'écoulement des eaux douces à la mer.

D. *Épidémies.* 1° *Fièvre typhoïde* à Avesnes en 1891 (Thoinot). 2° *Dysenterie* importée dans un village de la Seine-Inférieure par un soldat revenant d'Algérie (Girode). 3° *Grippe.* Enquête sur l'épidémie de 1889-1890 en France, avec cartes et graphiques (Proust).

E. *Prophylaxie.* 1° Instruction contre la *pneumonie* contagieuse. 2° Quatrième rapport du ministre de la Guerre sur la *fièvre typhoïde* dans l'armée. 3° *Choléra.* Rapport de Proust sur la conférence sanitaire internationale de Venise (janvier 1892).

F. *Désinfection.* D'une statistique dressée par Monod, il ressort que 55 navires français (dont les 23 composant toute la flotte de la compagnie des *Chargeurs maritimes*) sont pourvus d'*étuves* à vapeur sous pression. La France continentale en possède 200 dont 68 locomobiles. Paris seul en compte 42, mais il en manque encore dans 33 départements. Il y en a 8 en Algérie et 5 aux autres colonies françaises. A défaut d'étuves, une circulaire ministérielle recommande l'acquisition d'appareils moins coûteux, les *trempeurs* et les *pulvérisateurs.*

G. *Hygiène professionnelle.* Cinq cas de *pustule maligne*, non mortels chez des tanneurs des environs de Morlaix travaillant des peaux de Chine.

H. *Hygiène industrielle.* Infection de la rivière la Bonde par les eaux

résiduaires d'une *sucrerie* d'Étrepagny qui a pourtant soin de les épurer au préalable par épandage sur le sol.

J. *Transport des corps* de Belgique en France. Sur le rapport de du Mesnil, le comité autorise l'usage des cercueils en zinc, sauf pour les corps destinés à être incinérés. Les cercueils en zinc sont sept fois moins lourds et moitié moins coûteux que ceux en plomb ; d'autre part, ils résistent moins à la pression des gaz cadavériques, sont plus difficiles à couper et leur section offre des inégalités qui peuvent blesser les mains; c'est pour ces dernières raisons qu'on continue à prescrire les cercueils en plomb en cas de crémation.

K. *Eaux minérales.* 1° Liste des 309 sources françaises autorisées depuis 1881. 2° Etudes de Jacquot et Willm sur Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Néris et le Mont-Dore. 3° Décret du 14 janvier 1892 accordant un périmètre de protection aux sources alimentant l'établissement d'Aix-les-Bains.

L. *Exercice de la médecine.* 1° Texte de la loi du 30 novembre 1892. 2° Rapport défavorable de Martin sur la proposition Surmay d'instituer un ordre des médecins analogue à celui des avocats.

M. *Conseils d'hygiène des départements.* Rapport de Vaillard sur leurs travaux en 1890.

N. *Hygiène à l'étranger.* 1° Note de Monod sur l'*administration sanitaire* de l'Angleterre et du pays de Galles. 2° Décret espagnol du 11 mars 1892 sur les falsifications du *vin.* J. B.

**I. — L'examen individuel et le bulletin sanitaire des écoliers, par MANGENOT** (*Revue d'hyg., XVI, n° 3, 213, mars 1894*).

**II. — Schulhygienische Untersuchungen in Norwegen, par M.-K. HAKONSON-HANSEN** (*Zeitschr. f. Schulgesundh., 1894, et Hyg. Rundsch., IV, n° 13, p. 604, 1er juillet 1894*).

**III. — Ueber Rückgratsverkrümmungen der Schulkinder, par W. KRUG** (*Jahrb. f. Kinderheilk. und phys. Erziehung, XXXVII, et Hyg. Rundsch., IV, n° 11, p. 507, 1er juin 1894*).

**IV. — Zur Hygiene der Schüler in der elterlichen Wohnung, par O. MEYRICH** (*Zeitschr. f. Schulgesundh., 1894, et Hyg. Rundsch., IV, n° 13, p. 604*).

**V. — Die Gesundheitspflege an der k. k. Theresianischen Akademie in Wien, par J. PAWEL** (*Ibid., p. 605*).

I. — Le but de l'examen individuel des écoliers est la recherche des causes personnelles qui peuvent nuire au développement physique et intellectuel de l'enfant. Ces causes résident soit dans la constitution qui peut être un obstacle à son développement physique, soit dans le fonctionnement imparfait de ses organes des sens qui restreint son aptitude à profiter des leçons du maître. Mangenot ne connaît que deux villes où cet examen individuel soit pratiqué. C'est d'abord Bruxelles, où depuis 1874, Janssens l'a introduit dans les écoles communales ; c'est ensuite Stockholm, où sur l'initiative de Klas Linroth, il est en usage dans les établissements d'enseignement secondaire. A Paris, il est cependant prescrit par l'article 13 du règlement de l'inspection médicale : « Une fois par mois au moins, le médecin inspecteur, pendant sa visite dans

l'établissement, devra procéder à un examen attentif et individuel des enfants au point de vue des dents, des yeux, des oreilles et de l'état général de la santé ». Mais cet article ne peut pas être appliqué, et Mangenot propose de se contenter d'un examen individuel semestriel ; tout en ne le rendant pas obligatoire, contre le gré des parents. Il a fait cet examen sur les 312 élèves de l'école de filles de la rue de Tolbiac ; en voici les résultats : 162 étaient lymphatiques, 49 scrofuleuses et 2 rachitiques ; 35 avaient la vue courte et 29 l'oreille dure ; enfin 185 avaient de mauvaises dents.

II. — Suivant un questionnaire dressé par le ministre de l'Instruction de Norwège, Faye et Held ont examiné le premier 245 écolières et le deuxième 500 écoliers. Les fillettes norvégiennes ont généralement une taille et un poids supérieurs aux danoises et aux suédoises ; chez 68 0/0 d'entre elles le début de la puberté correspond à l'âge de 14 ans. Le chiffre des maladies est considérable parmi les écolières norvégiennes qui sont atteintes surtout de chlorose, de nervosité, de céphalée, de troubles digestifs chroniques et de courbures rachidiennes. Les écoliers norvégiens ont aussi une taille et un poids plus considérables que les garçons danois et suédois ; parmi eux c'est la céphalée qui est la principale affection. Le maximum des maladies s'observe en mai chez les filles et en décembre chez les garçons.

III. — Krug a fait porter ses recherches sur 1,418 élèves des deux sexes. 26 0/0 des garçons et 22,5 0/0 des filles présentaient des déviations du rachis ; avec l'âge, la fréquence de la scoliose s'accroît chez les garçons de 11 à 35 0/0 et chez les filles de 17 à 31,5 0/0 ; mais dans les deux sexes, elle cesse d'augmenter à partir de 12 ou 13 ans. La majorité des scolioses est dirigée à gauche et leur degré moyen est de huit dixièmes de centimètre : le plus souvent elles siègent sur la colonne thoracique, puis sur la lombaire, en dernier lieu sur la cervicale et le haut de la thoracique. Chez un tiers des enfants, cette déformation survit à la fréquentation scolaire.

IV. — Meyrick a eu l'idée de faire cuber, par les 25 élèves d'une classe, les dimensions de la pièce où ils couchaient chez leurs parents ; les 24 pièces étaient occupées en outre par 65 autres membres de la famille des écoliers. En ne tenant pas compte de la place occupée par les meubles, 2 dormeurs disposaient de 44 mètres cubes ; 4 de 22 ; 1 de 18 ; 3 de 16 ; 2 de 10 ; 9 de 9 ; 3 de 8 ; 14 de 7 ; 2 de 6 ; 38 de 5 ; 5 de 4 et 7 de 3 mètres cubes ; en somme 84, soit 93 0/0, avaient moins de 20 mètres cubes ; 78, soit 86,7 0/0, moins de 10 mètres cubes et 12, soit 13,3 0/0, moins de 5 mètres cubes. Les écoliers qui dormaient dans ces espaces si confinés se faisaient remarquer par leur pâleur, leur langueur, leur sensibilité et leur prompte fatigue. Les 25 écoliers et leurs 65 parents ne disposaient que de 67 lits. Sur les 24 chambres à coucher, 1 n'avait pas de fenêtre, 3 en avaient 2 et toutes les autres 1, donnant 1 sur la rue, 13 sur la cour, 5 sur le jardin, 1 sur le toit.

V. — Le Thérésianum de Vienne est un internat qui compte 309 élèves ayant 3 médecins ordinaires, outre des spécialistes pour les yeux et les dents. Au début et à la fin de chaque année scolaire, les élèves sont l'objet d'un examen médical soigneux, où l'on prend leur poids et leurs circonférences céphalique et thoracique. Chaque dortoir est muni de

douches ; l'établissement possède 20 baignoires, et dans le parc se trouve un bassin de natation qui sert au patinage pendant l'hiver. Le chauffage a lieu au bois dans des poêles en faïence, l'éclairage avec le gaz incandescent d'Auer. La durée du sommeil est de 9 heures pour les élèves les plus jeunes, de 8 h. 1/2 et de 7 heures pour les autres. Les heures de travail sont entrecoupées par des heures de récréation et, chaque jour, 15 ou 20 minutes sont consacrées à la gymnastique de chambre. Enfin l'Institut possède une infirmerie de 74 lits dotés chacun d'un cube d'air de 36 mètres. J. B.

**I. — Die Ergebnisse des Impfgeschäfts im deutschen Reiche für das Jahr 1891 par WUTZDORFF** (*Medicinalstatistische Mittheil. aus dem kaiserl. Gesundheits, II, et Hyg. Rundsch., IV, n° 12, p. 557, 1er juin 1894*).

**II. — Die Thätigkeit der im deutschen Reiche** (*Ibid., p. 555*).

**III. — Ergebnisse der amtlichen Pockentodesfallsstatistik....., par WUTZDORFF** (*Ibid., p. 554*).

**IV. — Sur les agents spécifiques et pathogènes du vaccin, par O. LEONI** (*Revue d'hyg., XVI, n° 8, p. 692, août 1894*).

**V. — Variola and vaccinia, their manifestations and interrelations in the lower animals, par COPEMAN** (*The Journ. of pathol. and bacter., II*).

I. — En 1891, l'empire allemand comptait 1,308,044 enfants soumis à l'obligation de la vaccine et 1,154,559 à celle de la revaccination, soit en tout 665 de moins que l'année précédente. 173,088 des premiers n'ont pas été vaccinés et 37,506 des seconds n'ont pas été revaccinés. 34,132 des vaccinables, soit 846 de plus qu'en 1890 et 8,671 des revaccinables, soit 1,033 de moins qu'en 1890, se sont soustraits illégalement à cette obligation. Les vaccinations ont fourni 97,65 0/0 de succès, proportion qui n'avait pas été atteinte depuis 1879 ; les revaccinations 92,56. Le vaccin humain n'a servi que pour 2,38 0/0 des vaccinations et 2,54 des revaccinations (*R. S. M.*, XLIII, 508).

II. — Le nombre des veaux entretenus en 1892 dans les 25 instituts de l'empire allemand, a oscillé entre 6 à Lubeck et 139 à Munich. Tandis qu'à Bautzen on inocule les animaux exclusivement avec du vaccin humain, à Stuttgart, Canstatt, Carlsruhe, Lubeck, Brême, Hambourg, Stettin, Hanovre et Metz on n'emploie pour cela que du vaccin animal. A Kœnigsberg, selon la température atmosphérique, la maturation des boutons vaccinaux des veaux a exigé de 3 jours à 4 jours et 5 heures ; à Berlin, à partir de la fin de mai, on a noté une maturation plus lente. A Cassel, il a semblé que le rendement des pustules était moindre quand l'inoculation avait été pratiquée avec du vaccin animal qu'avec du vaccin humain frais. A Stuttgart, on a cherché à prévenir le développement trop hâtif des boutons, à l'aide de douches répétées. A Brême, on recueillait le vaccin animal déjà au bout de 80 ou 90 heures, parce qu'on l'a trouvé d'autant plus actif qu'on le récoltait plus tôt. A Strasbourg, avant de récolter le vaccin, de 113 à 144 heures après l'inoculation, on suspend les veaux pour les égorger.

Les instituts de Berlin, Cologne et Munich ont délivré chacun plus de 300,000 doses de vaccin.

A Stettin, on a constaté que le vaccin conservait encore son activité au bout de 268 jours et l'avait perdue au bout de 1 an 14 jours ; à Hanovre, il l'avait encore gardée au bout de 12 mois et demi. Au contraire, à Cologne, passé 14 jours, on ne garantit plus son efficacité absolue.

Sur 90,000 enfants wurtembergeois inoculés avec le vaccin animal, 3 sont morts à la suite de l'opération : un d'érysipèle, un de plegmon et un de tétanos.

Il résulte d'une observation faite à Hambourg que la présence du mucor mucedo fait précocement dégénérer les qualités du vaccin conservé (*R. S. M.*, XL., 528).

III. — En 1892, il y a eu dans l'empire allemand 107 décès par variole, soit 2,12 par million d'habitants. Ce chiffre, bien que dépassant de 49 celui de l'année précédente, reste encore au-dessous de celui qui représente la moyenne des 7 dernières années, savoir 127. Les décès ont eu lieu dans 54 localités dont 41 en Prusse et 7 en Alsace-Lorraine ; les sept huitièmes d'entre eux se sont produits dans les régions frontières.

IV. — L'agent de la virulence spécifique du vaccin est encore à trouver. Quant à ceux de la virulence pathogène, ce sont surtout les microbes pyogènes et plus spécialement le staphylocoque blanc. C'est un fait ordinaire que la présence dans le vaccin animal de germes pathogènes ; leur quantité est en raison inverse de l'âge du vaccin. Les inoculations de vaccin frais sont toujours suivies par des phénomènes de réaction plus ou moins prononcés.

Par contre, les inoculations pratiquées avec du vaccin conservé dans la glycérine depuis 1 à 4 mois ne donnent que les pustules spécifiques. Leoni conclut : le vaccin récemment recueilli est un vaccin contaminé. Les agents de la contamination succombent dans le vaccin conservé pendant quelque temps dans la glycérine. Le vaccin conservé dans la glycérine pendant 1 à 4 mois après la récolte représente le type du vaccin pur, d'une virulence uniquement spécifique. Le transport direct du vaccin de l'animal à l'homme n'est pas à conseiller. Il faut absolument rejeter, dans la pratique de la vaccination, l'usage des pustules préalablement détachées des génisses.

V. — Copeman a reconnu que le singe macaque peut, aussi bien que l'homme, être inoculé fructueusement avec les vaccins jennérien et animal ou avec la lymphe variolique. C'est aussi vers le 8me jour que les boutons sont à leur apogée de développement. L'inoculation de lymphe variolique donne rarement lieu à des vésicules, mais à des croûtes et quelquefois à une éruption généralisée. (Voy. plus haut, page 62).

J. B.

**I. — Studien über die Absorption von giftigen Gasen und Dämpfen durch den Menschen, par K.B. LEHMANN** (*Arch. f. Hyg.*, *XVII*, *et Hyg. Rundsch.*, *IV*, *n° 5*, *p. 207*, *1er mars 1894*).

**II. — Untersuchungen über die Giftigkeit der Exspirationsluft, par RAUER** (*Zeitschr. f. Hyg.*, *XIV*, *et Hyg. Rundsch.*, *IV*, *n° 8*, *p. 356*, *15 avril 1894*).

**III. — Die Bacterien der Luft....., par O. BUJWID** (*Varsovie*, *1894*, *t Hyg. Rundsch.*, *IV*, *n° 10*, *p. 434*, *15 mai 1894*).

**IV. — Ueber Bestimmung der Luftfeuchtigkeit mit Hülfe der Wage, par A. WOLPERT** (*Verhandl. der Gesellsch. Deutscher Naturforscher und Aerzte, 1893, et Hyg. Rundsch., IV, n° 17, p. 777, 1er septembre 1894*).

I. — Expériences d'inhalations sur l'homme avec l'ammoniaque, l'hydrogène sulfuré, le chlore, le brome et le sulfure de carbone. L'absorption pulmonaire s'élève en moyenne à 77,35 0/0 pour l'ammoniaque ; elle oscille de 86 à 99 0/0 pour l'hydrogène sulfuré ; le chlore et le brome (qui n'ont pu être employés qu'à concentration très faible) sont totalement absorbés, tandis que l'absorption du sulfure de carbone est relativement minime, variant comme extrêmes de 5 à 35 0/0.

II. — S. Merkel (*Arch. f. Hyg.*, XV) d'une part, Beu de l'autre (*Zeitschr. f. Hyg.*, XIV) ont confirmé récemment l'assertion de Brown-Séquard et d'Arsonval (*R. S. M.*, XXXIII, 432) que les animaux qui respirent un air vicié par l'expiration d'autres animaux ne tardent pas à succomber. Merkel admet la présence d'un alcaloïde toxique dans l'air expiré, tandis que Beu, qui n'a vu les accidents survenir qu'au bout d'un certain temps incline plutôt à croire qu'il ne s'agit pas d'un poison respiratoire déterminé, mais de circonstances thermométriques et hygrométriques et peut-être aussi des effluves de la surface du corps et des excréments.

De son coté, Rauer conclut de ses expériences que l'acide carbonique de l'air expiré suffit parfaitement pour expliquer tous les troubles observés. L'interposition de récipients d'acide sulfurique destinés, d'après Brown-Séquard et d'Arsonval ainsi que Merkel, à protéger les animaux en retenant l'alcaloïde respiratoire, s'est montrée complètement inefficace, tandis qu'il n'en a pas été de même avec des appareils destinés à absorber l'acide carbonique. Les phénomènes d'intoxication apparaissent lorsque la teneur en acide carbonique s'élève à 12 ou 14 0/0 et les symptômes sont exactement semblables quand on place un animal dans un courant d'air pur qu'on a additionné de la même proportion de $CO^2$. Si l'air expiré est un peu plus nocif, cela tient à sa moindre richesse en oxygène. A l'air frais, les animaux intoxiqués se rétablissent rapidement (*R. S. M.*, XXXIV, 29 et 473 ; XXXVI, 60 ; XXXVII, 424 et XLII, 20).

III. — Résultats d'examens bactérioscopiques de l'atmosphère poursuivis de 1886 à 1893. Bujwid s'est servi comparativement des méthodes de Hesse, de Frankland, de Petri et de Strauss et Wurtz (*R. S. M.*, XXX, 467) ; les chiffres obtenus ont été très dissemblables, mais toujours les plus élevés ont été fournis par cette dernière. L'examen qualitatif de 50 échantillons d'air avec les boîtes de Petri a permis à Bujwid d'isoler une centaine d'espèces microbiennes et quelques mucédinées. Certains de ces microbes coagulent le lait. Aucune fermentation n'a été notée dans la liqueur de sucre de canne à 5 0/0. La majorité de ces microorganismes dédouble l'urée en ammoniaque et acide carbonique et peptonise la caséine en donnant lieu à une réaction le plus souvent neutre ou alcaline et en ne formant que de l'albumose précipitable par un excès de sulfate ammoniacal ; on ne trouve tout au plus que des traces de peptone vraie. Bujwid en infère que l'atmosphère ne renferme que très peu de microorganismes aptes à favoriser les processus de putréfaction. 150 expériences d'inoculations sur les animaux ne lui ont fait découvrir qu'une seule espèce pathogène pour les souris et les rats ; il la désigne

sous le nom de bacillus flavus. Bujwid conclut : la quantité des germes atmosphériques dépend avant tout de l'humidité et du vent ; après la pluie, elle augmente ; elle diminue par la gelée. Contrairement à Miquel, il n'a pas constaté d'oscillations saisonnières régulières du nombre des germes. Dans les habitations, c'est l'atmosphère des rez-de-chaussée qui renferme le plus de germes ; il en est de même dans les pièces qui viennent d'être le siège d'une vive animation. Chaque espèce de local a quelques espèces microbiennes qui lui sont propres : l'air des pièces d'habitation contient beaucoup de microcc. albicans ; celui des salles d'hôpital, de microcc. tetragenus flavus ; celui des pièces de rez-de-chaussée, de mucédinées ; celui des brasseries et distilleries, des levures et des mucédinées.

IV. — La méthode en usage pour déterminer le degré d'humidité atmosphérique repose sur la propriété du chlorure de calcium, de l'acide sulfurique et de l'anhydride phosphorique d'absorber la vapeur d'eau. Pour obtenir des résultats exacts, Wolpert recommande de prolonger le tube de l'aspirateur jusqu'au fond du récipient, ce qui égalise la pression et ralentit et régularise l'écoulement d'eau. Pour les calculs scientifiques, il est en outre indispensable de tenir compte de la tension de la vapeur dans l'aspirateur car elle modifie le volume de l'air, en le faisant généralement paraître plus considérable qu'il n'est.

Une autre méthode dont on s'est servi en Angleterre il y a 300 ans, a été abandonnée depuis, bien que le principe en soit bon. Elle permet d'évaluer, à l'aide de pesées de substances hygroscopiques, la richesse de l'air en eau. Au fléau d'une balance à aiguille, on suspend un corps hygrométrique dont le poids fait mouvoir l'aiguille et on lit sur une échelle la quantité correspondante de vapeur aqueuse contenue dans l'atmosphère du local. Mais le difficile, c'est de graduer l'échelle parce que la plupart des corps hygroscopiques, papier, coton, toile, plume, cuir, bois, corne, etc., ne se saturent pas également de vapeur ; en effet lorsque la fraction hygrométrique est élevée, ils absorbent le double d'eau que dans les conditions inverses. Il n'existe pas de rapport fixe entre leur allongement et la quantité d'eau qu'ils ont absorbée. Un cheveu tendre s'allonge d'environ 2 fois et demi autant, quand l'humidité relative oscille entre 0 et 50 0/0 que lorsqu'elle est comprise entre 50 et 100 0/0, tandis que l'augmentation en poids de ce cheveu s'opère dans un rapport précisément inverse. Il résulte des expériences de Wolpert que seule la soie noire absorbe la vapeur d'eau d'une manière parfaitement régulière. L'hygromètre à la soie est moins sensible que celui à cheveu, mais on n'a jamais besoin d'y retoucher, car il reste juste à la longue, aussi Wolpert le considère-t-il comme apte à remplir le rôle d'hygromètre étalon.

J. B.

**Untersuchungen über das Verhalten verschiedener Brotarten im menschlichen Organismus, par W. PRAUSNITZ et G. MENINCANTI** (*Zeit. f. Biologie, XXX, et Hyg. Rundsch., IV, n° 14*).

Le pain fait avec le levain donne plus d'excréments que celui avec la levure, et cependant de même composition pour le reste.

Le pain de froment est toujours beaucoup mieux assimilé que celui de seigle.

Le pain de blé décortiqué fournit un peu moins de fèces que celui de blé non décortiqué. Mais la décortication ne procure pas une farine en totalité plus fine que le blé non décortiqué. De plus, la farine de blé décortiqué étant moins blanche, elle a un aspect moins flatteur pour la vente.

Le degré d'assimilation du même pain varie d'ailleurs suivant les individus.

La constitution physique du pain influe sur son assimilabilité ; le pain poreux est beaucoup mieux utilisé que le compact. Cette constitution physique dépend de la nature de la céréale, du degré de mouture et des qualités de la farine.

Le pain de seigle a une densité supérieure à celui du froment ; les pains au lait occupent un rang intermédiaire. J. B.

**XII^e Jahresversammlung der freien Vereinigung bayerischer Vertreter der angewandten Chemie.....** (*Chem. Zeitung, XVII, et Hyg. Rundsch., III, n° 22, p. 1033, 15 novembre 1893*).

1° *Pain.* Au point de vue de sa digestibilité et de son assimilabilité, *W. Prausnitz* fait remarquer qu'il faut tenir compte non seulement de l'élimination plus ou moins complète des parties indigestes du grain et de sa mouture plus ou moins fine, mais aussi des qualités spéciales aux différentes céréales. Ses expériences lui ont montré que si le pain de froment est plus aisément digéré que celui de seigle, cela tient à la composition chimique différente des albuminoïdes de leurs farines qui donnent un pain plus ou moins tendre. On a proposé pour mieux utiliser le grain de blé dans la panification, de le décortiquer avant la mouture, mais cela est impraticable, parce que le blé décortiqué se laisse difficilement moudre. Il y a lieu de rejeter également les propositions multiples tendant à faire entrer dans la préparation du pain les couches externes du grain.

*Von Kerchensteiner* observe qu'il n'est pas toujours désirable de rechercher la digestibilité parfaite du pain. Dans les classes de la population dont le pain constitue le principal aliment, le pain qui est fabriqué avec la totalité du grain a l'avantage d'exciter énergiquement les parois de l'intestin et d'empêcher la constipation.

*Rupp* signale des cas de putréfaction du pain due à la présence du bacille des pommes de terre, alors même que la farine et la levure étaient d'excellente qualité.

*Mayrhofer* a vu du pain paraissant normal extérieurement, mais dont l'intérieur était converti en une masse visqueuse soluble dans l'eau et réduisant légèrement l'oxyde de cuivre.

2° *Étain des boîtes de conserves. R. Kayser* a étudié la question de la dissolution de l'étamage des boîtes en fer blanc par les conserves alimentaires. L'étain est attaqué le plus énergiquement par l'acide tartrique, puis par le malique ; l'acide acétique à 2 ou 4 0/0 a une moindre action, mais elle est supérieure à celle d'une solution de sel marin. Kayser ne croit pas à la réalité d'accidents occasionnés par l'étain contenu dans les conserves et demande que ce point soit étudié dans les laboratoires d'hygiène, afin de faire cesser l'inquiétude non justifiée des fabricants de conserves. Quant aux expériences pour protéger par une laque les parois in-

ternes des boîtes contre l'action de leur contenu, elles ne permettent pas encore de jugement définitif.

*Hinze*, *Hasterlick*, *Stockmeier* signalent que la soudure des boîtes américaines est plus plombifère que celle autorisée par la loi allemande.

*Von Kerchensteiner*, *Sell* ne croient pas non plus que de minimes quantités d'étain puissent troubler la santé et *Feldkirch* ajoute qu'à Vienne, où se trouvent de grands ateliers d'étamage, on n'a pas encore décrit d'affections professionnelles imputables à une intoxication stannique.

3° *Beurre. Mansfeld* a fait de nombreux essais avec le réfractomètre de Zeiss et toujours il a pu identifier les graisses même mélangées.

4° *Vernis au plomb des poteries.* La plupart des vernis plombifères des poteries ont le gros inconvénient de se laisser attaquer par l'acide acétique dilué qui dissout une grande quantité de plomb. *Stockmeyer* s'est ingénié à trouver un vernis plus résistant : il se compose de 500 parties de terre d'infusoires, de 1,370 parties de litharge ou de galène et de 200 d'argile desséchée. Sur 70 vases ainsi vernissés, 2 seulement ont cédé l'un 3, l'autre 8 milligrammes de plomb par litre de liquide.

5° *Coloration artificielle des liqueurs et sucrage des spiritueux.* Sur le rapport de *W. Medicus* et de *W. Fresenius*, la réunion des chimistes bavarois a adopté les résolutions suivantes : On doit permettre tout colorant inoffensif des liqueurs, répondant à un goût du public, à la seule condition qu'il n'ait pas pour but de simuler une qualité supérieure. Le cognac additionné de plus de 0,8 0/0 de sucre doit être déclaré comme édulcoré artificiellement.

6° *Conduites d'eau en fer zingué. Hinze* a décelé de 5 à 10 milligrammes de zinc par litre dans l'eau qui avait séjourné une nuit dans des tuyaux zingués. *Sell*, *Tschirch* déclarent que ces proportions minimes de zinc n'ont aucun inconvénient fâcheux pour la santé.

7° *Conserves de viande.* Pour différencier les viandes de bœuf et de cheval, *Hasterlick* s'est servi avec profit de la méthode de Huebl pour l'examen des graisses. Parmi les graisses d'animaux de boucherie, c'est celle de cheval qui donne les valeurs d'iode les plus considérables, oscillant entre 79,47 et 85,47, tandis que la graisse de bœuf varie de 51,45 à 57,4. J. B.

**I. — Ueber die Abspaltung von Kohlensäure, Mercaptan und Schwefelwasserstoff beim Kochen einiger animalischer und vegetabilischer Nahrungsmittel, par F. NIEMANN** (*Arch. f. Hyg.*, *XIX*, *et Hyg. Rundsch.*, *IV*, *n° 7*, *p. 325*, *1er avril 1894*).

**II. — Ueber Vergiftungen durch den Genuss von niederen Seethieren....., par SPRINGFELD** (*Deutsche Viertelj. f. œff. Gesund.*, *XXVI*, *353*).

**III. Ueber Caviar, seine Bedeutung....., par W. NIEBEL** (*Zeitschr. f. Fleisch-und Milch Hyg.*, *1893*, *et Hyg. Rundsch.*, *IV*, *n° 8*, *p. 372*, *15 avril 1894*).

**IV. — Der chemische Nachweis von Pferdefleisch, par BRÄUTIGAM et EDELMANN** (*Pharmac. Centralhalle*, *XXXV*, *et Hyg. Rundsch.*, *IV*, *n° 7*, *p. 324*, *1er avril 1894*).

**V. — Ueber das Pökeln von Fleisch in salpeterhaltigen Laken, par Eduard POLENSKE** (*Arbeiten aus dem k. Gesundh.*, *IX*, *et Hyg. Rundsch.*, *IV*, *n° 13*, *p. 617*, *1er juillet 1894*).

I. — Niemann a étudié la composition des effluves culinaires, en dosant les quantités d'acide carbonique, d'hydrogène sulfuré et de mercaptan qui se forment quand on cuit 500 grammes d'aliments frais pendant 2 heures dans un litre d'eau ; ses essais ont porté sur tous les légumes et aliments d'origine animale ayant quelque importance. Voici seulement quelques-uns des résultats :

Une livre d'aliments les plus divers fournit de 0gr,08 à 0gr,24 d'acide carbonique. Aussi bien parmi les aliments végétaux que parmi les animaux, il en est qui en fournissent peu et d'autres beaucoup (betteraves, homard), mais le chiffre le plus élevé pour les animaux, représenté par le brochet (0gr,14), est très inférieur au maximun des végétaux donné par les carrottes (0gr,24.)

Les aliments animaux ne dégagent en général que des traces d'hydrogène sulfuré, sauf la viande de poisson (0gr,02 à 0gr,039) qui est aussi le seul qui dégage des traces de mercaptan. En revanche, le dégagement d'hydrogène sulfuré est abondant chez les aliments végétaux, surtout chez les diverses espèces de choux (0gr,043 à 0gr,148) et chez les raves. Le mercaptan est fourni également en abondance par la majorité de ces végétaux.

Au contraire, les betteraves, les carottes, les haricots, les asperges, la laitue, les épinards et les pommes de terre donnent tout au plus des traces d'hydrogène sulfuré et pas de mercaptan. (*R. S. M.*, XLIII, 439.)

II. — Springfeld passe en revue les divers groupes d'animaux marins inférieurs dont la consommation peut donner lieu à des accidents d'intoxication. Les *moules*, qui ont été les plus étudiées, peuvent engendrer trois genres de phénomènes morbides, correspondant aux formes paralytique, gastro-entérique et cutanée d'empoisonnement. La nature des accidents ne varie pas selon les individus ; elle est la même pour tous les consommateurs dans un cas donné, ce qui semble bien montrer que ces formes pathologiques sont réellement dues à des agents toxiques différents. La forme paralytique est la plus souvent décrite et la mieux connue, surtout depuis l'épidémie de Wilhelmshaven. (*R. S. M.*, XXIX, 88.) L'hypothèse la plus vraisemblable est qu'il s'agit d'une substance toxique, la mytilotoxine, produite par le mollusque aux dépens de sa nourriture, sous l'influence de microbes. La forme digestive, dite choléra ou gastro-entérite suraiguë, a parfois un stade d'incubation ; elle se termine rarement par la mort. Les symptômes n'étant nullement spécifiques, rien n'oblige à admettre une cause unique : quand l'apparition des symptômes est tardive, on peut incriminer des microbes ou des protozoaires ; quand le début s'est fait immédiatement après l'ingestion et que la gravité des symptômes est proportionnée à la quantité ingérée, on doit songer plutôt à une ptomaïne ou à une leucomaïne. Pour la forme cutanée, on peut en revanche supposer l'unicité du virus. L'éruption est tantôt ortiée, tantôt scarlatiniforme, mais toujours accompagnée de phénomènes nerveux (vertiges, troubles visuels, convulsions, dyspnée). Le début a lieu quelques heures après le repas, la terminaison fatale est exceptionnelle et

généralement le malade est rétabli en 24 ou 36 heures. Vraisemblablement, on a affaire ici à une leucomaïne.

Peuvent aussi être cause d'empoisonnements, dont le mécanisme est encore très obscur, parmi les mollusques : les huîtres, les cardiums, le donax denticulé, l'arche de Noé, le murex brandaris, le bigorneau ; parmi les échinodermes, les oursins et les holothurides et parmi les crustacés le homard, le crabe et la crevette. Les crevettes occasionnent uniquement des accidents cholériformes peu graves et paraissant dûs à une ptomaïne developpée après la mort. Le mémoire de Springfeld se termine par un index bibliographique. (*R. S. M.*, XXV, 508 et XL, 513.)

III. — Le caviar, formé d'œufs d'esturgeons salés, se prépare en Russie, en Allemagne et en Amérique. Il y en a dans le commerce du fluide ou granuleux et du pressé. Le caviar russe est de teinte noirâtre ou gris foncé; il ne contient ni membranes ni débris muqueux et ses grains sont beaucoup plus volumineux que ceux des caviars américain et allemand. D'après Kœnig, la composition du caviar russe est celle-ci : substances azotées 30,79 0/0 ; graisse 15 ; eau 43,89 ; substances extractives non azotées 1,67.

Dans l'appréciation du caviar, il y a lieu de tenir compte de sa couleur, de sa consistance, de la grosseur des œufs (en moyenne $2^{mm}$ à $3^{mm},5$), de son odeur (elle doit être nulle), de sa saveur (agréable et douce dans le russe, souvent salée et acide dans l'américain), des substances étrangères, de sa réaction (qui doit être neutre au papier de tournesol) et de la présence d'acides gras libres (le moins possible ; on tolère 4 à 5 1/2 0/0 dans les qualités inférieures).

Le caviar russe contient de 0,16 à 0,51 0/0 d'acides gras libres et de 6,21 à 7,20 de sel ; l'américain renferme de 1,24 à 6,76 d'acides gras libres et de 9,88 à 11,40 de sel; enfin celui de l'Elbe présente de 0,98 à 4,31 d'acides gras libres et de 9,30 à 11,18 0/0 de sel.

Les altérations du caviar sont la fermentation, la rancidité, la moisissure et l'amertume. On y décèle alors de l'ammoniaque et de l'hydrogène sulfuré.

D'autre part, on falsifie le caviar avec du bouillon, de la bière, de l'huile et du sagou.

IV. — Pour déceler la présence de viande de cheval dans des conserves de bœuf ou de la charcuterie, Bräutigam et Edelmann (*R. S. M.*, XLIV, 161) ont utilisé la réaction du glycogène, très abondant dans cette viande. Dans ce nouveau travail, ils entrent dans les détails du procédé à suivre, et signalent les limites à son emploi.

V. — Polenske a fait sur la saumure salpêtrée, deux expériences qu'il a poursuivies deux ans afin de se mettre dans des conditions analogues à celles des conserves de viande en usage dans la flotte ou pendant un siège. Dans la première expérience, la saumure employée se composait d'une solution aqueuse de 14 0/0 de sel marin, de 1,68 de sucre et de 0,202 de salpêtre potassique. Dans la deuxième expérience, la viande avait été en plus saupoudrée avec 25,5 0/0 de son poids de sel et mise dans une quantité moindre de saumure. Des analyses successives ont été faites au bout de trois semaines, 1 an et 2 ans de garde. La saumure de la première expérience n'avait pu conserver la viande pendant 1 an, tandis que la viande additionnée de sel était encore parfaitement mangeable après plus de 2 ans. Dans l'une et l'autre expériences, il s'est

effectué une réduction lente mais complète du salpêtre, soit dans la saumure, soit dans la viande. Les saumures contenaient de l'acide acétique, produit de décomposition du sucre. Dans la saumure pauvre en sel, cet acide avait dissous vraisemblablement de petites quantités de phosphate calcaire des os, d'où la riche teneur de cette saumure en acide phosphorique. Quelle que soit la proportion du sel marin, il arrive un moment où les saumures sont saturées de matières extractives organiques et n'en lessivent plus ; elles en renferment alors de 3 à 4 0/0. Ainsi s'explique qu'en restreignant la saumure à la plus petite quantité, on obtienne la dépréciation la moindre de la viande : à cet égard, le salage simple serait le meilleur procédé de conservation. Le dépôt formé dans la saumure consiste surtout en albumine coagulée ; il est plus considérable dans la saumure pauvre en sel. Contrairement à Nothwang, qui admet que la diminution du salpêtre n'a lieu que dans les solutions salées très étendues et par une réduction due à l'hydrogène developpé dans la viande, Polenske conclut de ses expériences que la décomposition du salpêtre est causée par des microbes.

Polenske a fait également des expériences de conserves avec le protoxyde d'azote ou avec le mélange gazeux résultant de l'action de l'acide nitrique sur l'amidon. Examinée au bout d'un an, cette viande était friable et d'odeur repoussante. Le protoxyde d'azote ne tue pas tous les microbes ; en outre il est réduit à l'état d'ammoniaque par des microrganismes. J.B.

**I.— Ricerche ed osservazioni sul latte e sulle vaccherie di Roma, par G. ALESSI et J. ARATA** (*Annali d. Istit. d'Ig. sperim. d. R. Univ. di Roma, III, nouvelle série*).

**II. — Influence de l'alimentation par les drèches sur la composition du lait de vache, par Léon GARNIER** (*Ann. d'hyg. publ., juin 1894*).

**III. — Die Aufgaben und Leistungen des Milchsterilisirung gegenüber den Darmkrankheiten der Säuglinge, par C. FLUEGGE** (*Zeitschr. f. Hyg., XVII*).

**IV. — Ueber Kuhmilch als Säuglingsnahrung, par O. HEUBNER** (*Berlin. klin. Woch., n° 37, p. 841 et n° 28, p. 870, 10 et 17 septembre 1894*).

I. — La méthode de Marchand (lactobutyromètre), les méthodes optiques de Donné et de Feser, la méthode crémométrique de Chevalier sont à peine suffisantes pour un dosage approximatif de la richesse du lait en matières grasses. La méthode aréométrique de Soxhlet et le galactomètre d'Adam fournissent des indications beaucoup plus précises.

La composition moyenne du lait des laiteries de Rome concorde avec celle du lait de vache d'autres contrées. Mais il est des laiteries urbaines qui vendent un lait de qualité inférieure, tandis que les fermes de la campagne romaine fournissent au contraire un lait de qualité dépassant la moyenne.

II. — Le mélange des drèches à l'alimentation, en proportion aussi forte que peuvent le supporter les vaches laitières, sans trop en pâtir, peut faire baisser la proportion des corps gras, mais n'a aucune influence sur la quantité d'eau contenue dans le lait.

III. — Il semble certain que ce n'est pas la composition chimique du lait de vache, mais sa teneur en germes, qui joue le rôle essentiel dans la genèse des affections digestives des nourrissons ; toutefois on ignore en-

core s'il s'agit de microbes spécifiques ou de saprophytes producteurs de toxines. Parmi les microorganismes du lait, les plus suspects sont ceux qui se développent mieux à 25 ou 30 degrés centigrades qu'à une température plus basse, et en première ligne, les espèces qui résistent à la température de 95° et dont la pullulation modifie à peine l'aspect du lait. Dans le lait chauffé à 95°, les microbes de l'acide lactique, les variétés du protée et du bacille colique ont succombé. Parmi les espèces survivantes on peut distinguer les anaérobies obligatoires et les aérobies ou anaérobies facultatifs ; ces derniers (bacilles du foin et des pommes de terre) peuvent être dénommées microorganismes peptonisants du lait.

Des espèces anaérobies, Flügge décrit brièvement le bacille butyrique de Botkin qui se rencontre partout et les espèces II, III et IV. Les espèces II et IV résistent à l'ébullition prolongée 1 heure 1/2. Les espèces III et IV sont seules pathogènes pour les souris et les cobayes. Mais comme le n° III se présente rarement et que le n° IV émet immédiatement une odeur intense de putréfaction, il est peu vraisemblable qu'ils jouent un rôle dans l'étiologie des affections gastro-intestinales des nourrissons.

Flügge décrit 12 espèces de microorganismes peptonisants, dont quelques-uns sont déjà bien connus. Tous sont très communs et pénètrent dans le lait avec les excréments des vaches et les poussières du foin et des étables ; ils sont surtout fréquents l'été, tant que les vaches mangent de la verdure. On les décèle dans le lait qui a bouilli 2 heures et a ensuite été abandonné à la température de 35°. Leur propriété essentielle est de peptoniser la caséine, ce qui confère au lait une saveur amère et âcre. Presque toujours, il y a formation simultanée de ferment de présure et quelques espèces donnent aussi naissance à une petite quantité d'acide. Le lait, qui a certainement alors une réaction alcaline plus marquée, paraît cependant entièrement normal aux yeux du public, surtout s'il n'est pas laissé dans un repos complet et l'on fait prendre ainsi aux nourrissons, comme parfaitement stérilisé, un lait contenant des milliards de germes peptonisants. Les spores de l'espèce XII ne sont pas tuées sûrement par 6 heures d'ébullition.

Quand on réfléchit que l'administration de peptones irrite l'intestin des adultes, on devine les dangers d'un tel lait dans l'alimentation infantile.

En outre 3 des 12 espèces forment des toxines qui déterminent une violente diarrhée chez les jeunes chiens.

Le procédé classique de stérilisation du lait (exposition pendant 1 heure à 100-103°) est impuissant contre les microbes anaérobies et peptonisants.

A l'heure présente on a recours à 3 modes de stérilisation pour le lait : 1° Stérilisation totale ; 2° stérilisation partielle avant la vente ; 3° stérilisation partielle après la vente. Par une stérilisation discontinue ou par le chauffage à la vapeur sous tension à 120°, la stérilisation totale du lait est possible, même à l'étable, avec certaines mesures de propreté, mais c'est une pratique trop coûteuse pour la consommation ordinaire.

Quant à la stérilisation partielle du lait par les débitants avant la vente elle n'offre aucune garantie et chaque ménagère un peu soigneuse doit stériliser son lait avant de le faire boire à son nourrisson.

IV. — Il résulte de nombreuses analyses, encore inédites, de Franz Hofmann, que le lait de femme a une composition un peu différente de

celle généralement admise, mais qui varie peu à partir de la 3e semaine après l'accouchement. Ce lait renferme 1,03 0/0 d'albumine, 4,07 0/0 de graisse, 7,03 de sucre et 0,21 de sels, tandis que le lait de vache du commerce contient 3,50 0/0 d'albumine, 3,50 0/0 de graisse, 5 0/0 de sucre et 0,7 de sels. A en croire Biedert, l'infériorité de l'allaitement artificiel sur l'allaitement au sein tient uniquement à la digestibilité moindre de la caséine de la vache, d'où l'utilité de diluer le lait de l'animal avant de le donner aux nourrissons. Mais on ne peut apporter aucun argument clinique à l'appui de l'hypothèse de Biedert. En effet, les enfants digèrent très bien un lait de vache qui contient encore le double d'albumine que celui de femme. Les restes de lait non digéré que l'on retrouve dans l'intestin des enfants dyspeptiques sont bien plutôt l'effet que la cause de leurs troubles digestifs. Contrairement à ce qu'affirme Biedert, la réaction des selles des nourrissons allaités artificiellement est généralement non alcaline mais acide et sans odeur de putréfaction. Enfin, il ressort d'analyses de Lange qu'en 24 heures l'enfant au sein élimine 0,0932 d'azote avec ses excréments, l'enfant allaité artificiellement et digérant normalement 0,1168 et l'enfant allaité artificiellement dyspeptique, 0,1889. Donc un enfant nourri avec du lait de vache, étendu de manière à renfermer le double de caséine que le lait de femme n'excrète qu'un quart en plus d'azote que le nourrisson au sein, preuve qu'il digère bien la caséine de la vache. D'ailleurs, l'excès de substances albuminoïdes ne constitue pas la seule caractéristique du lait de vache, qui se distingue encore de celui de femme par sa richesse en éléments minéraux et par sa pauvreté en graisse et en sucre. Or, en diluant le lait de vache, on l'appauvrit encore sous ces deux derniers rapports et l'on ne peut combler artificiellement que le déficit en sucre. Du reste, dans les idées actuelles, c'est aux microorganismes accidentels du lait qu'on attribue la plus grande part des difficultés et des insuccès de l'allaitement artificiel. J. B.

**I. — Arrêté royal belge du 29 janvier 1894 sur la fabrication et le commerce de la bière** (*Mouvem. hygiénique*, *X*, *n° 2*, *p. 64*, *février 1894*).

**II. — Ueber die Brauchbarkeit der Fluoresceïnreaction zum Nachweis von Saccharin im Biere, par F. GANTTER** (*Zeitschr. f. anal. Chem.*, *1893*, *et Hyg. Rundsch.*, *IV*, *n° 6*, *p. 245*, *15 mars 1894*).

**III. — Deutsche Bierstatistik für 1892-1893** (*Hyg. Rundsch.*, *IV*, *n° 7*, *p. 334*, *1er avril 1894*).

I. — Est considérée comme nuisible à la santé, l'addition à la bière d'*antiseptiques*, tels que les acides salicylique, sulfureux ou leurs composés. Toutefois la présence d'*acide sulfureux* y est tolérée, à condition de ne pas dépasser 14 milligrammes par litre (résidu de la désinfection des tonneaux).

Les *pompes* et autres appareils servant à débiter la bière doivent être tenus en parfait état de propreté. L'air admis dans les fûts doit provenir d'un endroit à l'abri de toute cause de contamination et bien ventilé.

Il est défendu de vendre les trop-pleins recueillis sur les comptoirs, sans les avoir au préalable dénaturés, de façon à ne pouvoir plus être utilisés comme boisson ni pour fabriquer du vinaigre.

II. — Börnstein a donné, comme réaction caractéristique de la saccha-

rine, la production d'une fluorescence d'un vert intense quand on la chauffe avec de l'acide sulfurique concentré et de la résorcine. (*Zeitschrf. f. anal. Chemie*, XXVII.) Mais von Hocker (*Berichte der chem. Gesellschaft*, XXI) a mis en doute la valeur de cette réaction, parce que le même phénomène se produit en l'absence de saccharine, lorsqu'on traite la résorcine seule par l'acide sulfurique concentré. Gantter a voulu voir qui avait raison. Il a constaté qu'en agitant, avec l'éther, la bière qui a été évaporée, on peut enlever à celle-ci des substances, qui réagissent comme la fluorescéine. Cette propriété appartient surtout aux résines de la bière solubles dans l'éther. La réaction de Börnstein n'est donc pas spécifique.

Comme les autres méthodes (transformation en acide salicylique, dosage de l'acide sulfurique) pour déceler la présence de saccharine ne sont pas plus sûres, il ne reste de caractéristique que la saveur extrêmement sucrée de cette substance.

III. — Du 1er avril 1892 au 31 mars 1893, il s'est bu en Allemagne 5,456,000,000 litres de bière, ce qui représente une consommation de 107l,8 par tête et par an. J. B.

**I. — Gutachten des k. k. obersten Sanitätsrathes betreffend die Regelung der Vieh- und Fleischbeschau, par St. POLANSKY** (*Oesterr. Sanitw., 1893, et Hyg, Rundsch., IV, n° 8, p. 374, 15 avril 1894*).

**II. — Bericht über die städtische Fleischbeschau in Berlin.....** (*Hyg. Rundsch., IV. n° 8, p. 377*).

**III. — Betriebsresultate der Schlachthaeuser und Rosschlächtereien in Preussen 1892-1893** (*Berlin. thieraerztl. Woch., 1893, et Hyg. Rundsch., IV, n° 8, p. 379.*

**IV. — Fleischbeschau im Königreich Sachsen im Jahre 1892** (*Bericht über das Veterinaerwesen in Königreich Sachsen, et Hyg. Rundsch., IV, n° 5, p. 229, 1er mars 1894*).

**V. — Thermische Vernichtung von Thiercadavern, par ROGNER** (*Woch. f. Thierheilk. und Viehzucht, 1893, et Hyg. Rundsch., IV, n° 15, p. 706, 1er août 1894*).

I. — Le conseil supérieur d'hygiène d'Autriche indique dans cette note quelle doit être l'organisation de l'inspection de la viande et celle des abattoirs.

II et III. — En 1892, le nombre des abattoirs de Prusse a augmenté de 24, ce qui le porte à 243. Le chiffre des animaux abattus s'est élevé à 22,487 chevaux, 600,501 bœufs, 914,216 veaux, 916,962 moutons et 1,873,266 porcs. Ont été éliminés en totalité 152 chevaux, 4,067 bœufs, 1,171 veaux, 603 moutons et 6,297 porcs ; partiellement, 581 chevaux, 65,981 bœufs, 2,412 veaux, 39,682 moutons et 59,267 porcs. Étaient tuberculeux 59 chevaux, 52,136 bœufs (8,6 0/0 au lieu de 8,1 l'année précédente ; à Berlin la proportion est de 15 0/0), 446 veaux, 884 moutons et 14,287 porcs (0,76 0/0 au lieu de 1 0/0 l'année précédente). Étaient ladres 567 bœufs et 7,708 porcs (soit 0,411 0/0 au lieu de 0,658 en 1891) ; étaient trichineux 786 porcs, proportion à peu près la même que l'année antérieure. La trichinose est plus répandue dans les six provinces orientales. La répartition des cysticerques est un peu plus régulière. Le chiffre des bœufs ladres a tellement augmenté qu'il atteint maintenant presque celui

des porcs affectés de ladrerie : à Stralsund il s'élève à 1 sur 51, à Berlin 1 sur 610, à Kœnigsberg 1 sur 6,659, à Wiesbaden enfin 1 sur 34,182.

Les 313 abattoirs de chevaux ont fourni 52,543 animaux dont 383 ont été éliminés en entier et 1,833 rejetés partiellement ; 9 ont été exclus pour morve et 112 pour tuberculose.

IV. — Il a été abattu en 1892, en Saxe, 179,170 bovidés et 758,874 porcs, parmi lesquels ont été abattus d'urgence 5,889 des premiers et 8,873 des seconds. Grâce à l'extension du service d'inspection, il a été examiné 15 0/0 en plus des animaux abattus que l'année précédente, néanmoins l'inspection ne porte encore que sur un tiers des animaux livrés à la boucherie. Sur 60,854 bœufs, 18,65 0/0 étaient tuberculeux dont 4,07 0/0 ont été entièrement rejetés ; la proportion de tuberculose s'est élevée à 1,37 0/0 chez les porcs, à 0,11 chez les veaux et 0,03 chez les moutons. La fréquence de la tuberculose est à peu près la même chez les bœufs que chez les vaches, mais elle est moindre chez les taureaux. Sur la totalité des porcs, 84 (0,011 0/0) étaient trichineux. L'examen par les vétérinaires des inspecteurs des viandes trichinées a eu pour résultats que 4 devaient subir un nouvel examen et que 3 ont été privés de leur charge. Il a été abattu 4,277 chevaux : 2 d'entre eux étaient tuberculeux ; le 1er était logé dans une étable, le 2e était resté depuis trois ans à côté d'une vache atteinte de pommelière.

V. — Pour assurer la destruction inoffensive des animaux et organes éliminés par le service d'inspection des viandes, on ne saurait se fier aux équarrisseurs dont les opérations sont difficiles à surveiller. Le mieux est de l'effectuer, si possible, à l'abattoir même, pour éviter toutes les occasions d'un emploi illicite. Déjà les appareils désinfecteurs de Rohrbeck (*R. S. M.*, XL, 512), de Henneberg, de Podewils rendent de grands services à cet égard. A Nuremberg, fonctionne le four de Keidel qui peut recevoir des cadavres entiers. J. B.

**I. — Experimentelle Untersuchungen über das in Greifswald eingeführte neue Kübel-Reinigungsverfahren, par KORNSTÄDT** (*Thèse Leipzig, 1893*).

**II. — Die Beseitigung der Ansteckungstoffe, insbesondere der flüssigen, bei Infektionskrankheiten, par BORETIUS** (*Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1893*).

**III. — Ein neues Feuercloset, par Th. WEYL** (*Berlin. klin. Woch., n° 22, p. 510, 28 mai 1894*).

**IV-V. — Deux rapports du Conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur les fours à incinérer les immondices de la ville de Bruxelles** (*Mouv. hygiénique, X, n° 5, p. 207 et n° 6, p. 245*).

I. — Greifswald a des fosses mobiles qu'on désinfecte, une fois vides, au dépotoir, en les renversant au-dessus d'un tuyau vertical avec pomme d'arrosoir qui lance à leur intérieur un fort jet d'un mélange intime de vapeur et d'eau chaude. Au début, Löffler avait reconnu que le mélange d'eau et de vapeur projeté à la température de 113° et à la pression de 8/10 d'atmosphère effectuait en 60 secondes une désinfection parfaite de ces tonnes en bois. Il s'en était assuré en inoculant sur gélatine le bouillon stérilisé qu'il avait préalablement agité dans une tonne assainie. Lorsque Körnstädt fit, quelque temps plus tard, la même expérience, il n'eut pas

un résultat aussi favorable : il fallut plus d'une minute pour stériliser tant les tonnes en bois que celles en fer. La raison de cette différence, c'est que les tonnes n'étant plus neuves, leurs parois de lisses étaient devenues rugueuses ; le bois s'était superficiellement effiloché, fissuré ou creusé, formant autant de nids pour les microbes ; le fer s'était rouillé donnant lieu à des inégalités, à des aspérités qui gênaient l'enlèvement mécanique des germes. En effet, Körnstädt expérimentant ensuite sur des tonnes en bois à parois lisses, soit qu'elles fussent neuves, soit qu'ayant servi elles fussent revêtues d'un enduit couleur émail, est arrivé au même résultat que Löffler.

Körnstädt conclut que dans le procédé usité à Greifswald, à côté de la destruction directe des germes par la haute température du mélange de vapeur et d'eau, leur entraînement mécanique joue un rôle important, probablement principal, dans la désinfection des tonnes. Aussi conseille-t-il de n'employer que des tonnes à surface interne bien lisse et bien résistante, soit en bois émaillé, soit en fer galvanisé émaillé, soit en papier mâché.

II. — Boretius est peu partisan des désinfectants fluides qui ont l'inconvénient d'augmenter la masse de liquide microbifère ; il donne la préférence à ceux capables de la solidifier rapidement, comme la tourbe pulvérulente. Celle-ci a de multiples avantages : elle est antiseptique, absorbe les liquides et peut ensuite être brûlée avec le liquide condensé à son intérieur, ce qui dispense de vider dans les cabinets d'aisance le contenu des bassins, des vases de nuit et des crachoirs, et met à l'abri des risques de transmission des maladies contagieuses. Boretius décrit, à cet effet, un poêle à ouverture de chargement supérieure et non latérale : de nouvelles charges de tourbe imprégnée des matières infectieuses peuvent y être introduites de quart d'heure en quart d'heure, à condition de mettre auparavant chaque fois sur le feu une couche de morceaux de bois larges et aplatis, qui, en s'allumant, aident à dessécher les matières, en facilitent la combustion et évitent la fumée et les mauvaises odeurs.

III. — On fait usage dans l'Amérique du Nord de cabinets d'aisance reliés à un foyer permettant l'incinération des matières. Les cabinets de Seipp construits sur les indications de Weyl, peuvent, en outre, servir à brûler les ordures ménagères et les pièces de pansement. Un four placé en sous-sol est en communication directe avec les cuvettes d'aisance de chaque étage par un large tuyau de chute. Ce four renferme deux cylindres creux en fonte, accotés l'un à l'autre et mobiles autour d'un axe. La distance entre ces deux axes étant un peu moindre que la somme des diamètres des cylindres, il en résulte que les cylindres se touchant au repos, peuvent s'écarter l'un de l'autre dès qu'il tombe dessus des matières, ce qui entraîne la rotation des cylindres. Lorsque les cylindres tournent, les matières s'étalent en mince couche à leur surface offrant ainsi aux flammes de nombreux points d'attaque. D'autre part, les cylindres isolant le tuyau de chute du lieu où s'opère la combustion empêchent que les gaz ne remontent dans le tuyau. La rotation des cylindres s'effectue grâce à un système de leviers reliés, par une chaîne de tirage, à la porte des cabinets. Quand celle-ci s'ouvre ou se ferme, les leviers transmettent leurs mouvements aux cylindres qui se mettent à tourner très lentement, de manière que les matières avant d'arriver en pleines

flammes sont desséchées et se détachent des cylindres sous la forme d'écailles. L'urine n'arrive qu'en minime partie sur les cylindres, parce que s'écoulant le long de la paroi antérieure de la cuvette, elle est conduite sur une tôle inclinée, munie d'un orifice en son point le plus déclive et tombe dans un récipient situé à la partie inférieure du four. L'air nécessaire à la combustion est aspiré des cabinets par le tuyau de chute, en entraînant les mauvaises odeurs de ces locaux. Imprégné des effluves produits par la dessiccation des fèces, cet air circule autour du foyer, et quand il parvient sur ce dernier, par dessous sa grille, il a déjà atteint la température de 300°. L'air chaud et la chaleur rayonnant dessous la grille concentrent l'urine contenue dans le récipient ; peu à peu l'urine vaporisée se décompose et les gaz qu'elle dégage sont brûlés dans le foyer. Enfin les gaz de la combustion s'échappent par la cheminée, à la température de 150 ou 200°. Les cendres résultant de l'incinération des fèces sont entraînées par le courant d'air et viennent se déposer dans une chambre à poussières ; ces cendres sont blanches et parfaitement inodores, car la combustion des matières s'est faite à la température de 750°. Le système de leviers est relié en même temps à la grille du foyer, de sorte qu'à chacun de leurs mouvements, correspond une agitation de la grille qui la débarrasse des cendres, en amenant du combustible neuf au foyer ; donc, plus les cabinets seront fréquentés, plus vif sera le feu. Comme la ventilation pourrait se renverser, quand on ouvre la porte du cendrier ou celle de chargement du four, un dispositif est prévu qui intercepte à ces moments toute communication entre le four et le tuyau de chute.

Bien surveillé, ce four peut marcher jour et nuit. Depuis plusieurs mois, il fonctionne dans une fabrique berlinoise occupant 130 ouvriers et ne dépense que 25 ou 30 centimes de charbon de terre par jour. On s'étonnera moins de la faible quantité de charbon nécessaire, en réfléchissant que tant par les urines que par les matières fécales un homme excrète quotidiennement 65 grammes de substances organiques combustibles qui aident à alimenter le foyer.

IV et V. — A certaines époques de l'année, le transport des immondices de Bruxelles à la campagne et leur utilisation agricole sont rendus très difficiles ou même complètement entravés. Aussi après avoir étudié sur place les systèmes en vigueur à Londres, Birmingham et Leeds pour se débarrasser des balayures de la voirie et des ordures ménagères, Bruxelles a résolu d'essayer le système de destruction par le feu, tel qu'il est appliqué à Leeds. La ville a le projet d'installer 12 fours accolés deux à deux, de faire un triage préalable des immondices qui ont une valeur marchande et de broyer les scories de combustion. Les objets de quelque valeur, résultant du triage, seront désinfectés avant d'être emmagasinés. En temps d'épidémies on cessera ce triage. Un premier four est en marche depuis 1892. Le seul inconvénient pour le voisinage est une fumée blanche à odeur de paille brûlée au moment du chargement. Quant aux gaz de la combustion, ils n'ont qu'une légère odeur de paille brûlée, et des analyses répétées ont montré qu'ils renfermaient de 0,8 à 1,1 d'acide carbonique, de 4,5 à 4,8 d'oxygène, de 1 à 1,6 d'oxyde de carbone, mais jamais ni ammoniaque ni hydrogène sulfuré. J. B.

**I. — Desinfectionsanstalten in Wien** (*Oesterr. Sanitätw.*, *VI*, *et Hyg. Rundsch.*, *IV*, *n° 5*, *p. 240*, *1er mars 1894*).

**II. — La désinfection publique à Marseille, par Henry REYNES et Jean BOUISSON** (*Ann d'hyg. publ.*, *XXXII*, *242*, *septembre 1894*).

**III. — Désinfection des travaux de mines en Belgique** (*Mouvem. hygiénique*, *X*, *n° 8*, *p. 359*, *août 1894*).

I. — Vienne possède dans presque tous ses arrondissements au moins une étuve à désinfection fixe ou transportable. Le chiffre total de ces étuves est de 60. Le personnel et le matériel sanitaires comprennent 41 inspecteurs sanitaires, 120 brancardiers, 40 désinfecteurs, 49 dépôts de désinfectants, 16 locaux d'isolement et 54 voitures pour le transport des malades contagieux.

II. — Le service de désinfection publique a été inauguré à Marseille en octobre 1892 à l'occasion du choléra. Il possède 4 stations munies chacune d'une étuve à vapeur, d'un four destiné à incinérer, de pulvérisateurs, de voitures destinées au transport des malades et des linges et effets. Le département des Bouches-du-Rhône possède en outre 3 étuves locomobiles. De plus 3 hôpitaux de Marseille ont également une étuve à vapeur ; de même l'œuvre de l'hospitalité de nuit de M. Massabo, la gare du chemin de fer, la Compagnie des forges et chantiers de la Méditerranée, le lazaret de Frioul, sans compter celles des compagnies de navigation. Le nombre des désinfections opérées en 1893 par le service municipal s'est élevé à 2,557 et celui des transports de malades à 1,378.

III. — Circulaire du ministre des Travaux publics de Belgique (16 mars 1894) indiquant les mesures à prendre pour opérer la désinfection des houillères. J. B.

**I.— Désinfection par le gaz Pictet, par DENAEYER** (*Mouvem. hygiénique*, *X*, *n° 8*, *p. 366*, *août 1894*).

**II. — Comparaison du pouvoir désinfectant du gaz sulfureux et du mélange Pictet, par TRÉTROP** (*Ibid.*).

**III. — De la prétendue diffusibilité du mélange gazeux Pictet, par LAMBOTTE** (*Ibid.*, *p. 369*).

I. — Denaeyer a soumis pendant 48 heures à l'action du mélange gazeux de Pictet des cultures pures des bacilles typhoïdique et banal du côlon et des crachats tuberculeux formant une couche de 6 centimètres d'épaisseur. Il conclut à la parfaite efficacité de ce désinfectant, à sa facile diffusibilité et à sa grande solubilité dans l'eau qu'il sature assez pour stériliser les liquides jusque dans les couches profondes.

II. — Action du gaz Pictet à raison de 20 grammes par mètre cube sur des microorganismes humides. Après 24 heures d'action, le staphylocoque, les bacilles typhoïdique, cholérique, banal du côlon, aérogène du lait et fluorescent putride ont été tués, tandis que les bacilles pyocyanique et subtil sont restés intacts.

Effets comparés du gaz sulfureux obtenu par combustion du soufre et appliqué à raison de 50 grammes par mètre cube et du gaz Pictet à raison de 40 grammes. A l'égard des microbes humides, les résultats ont été

identiques de part et d'autre. Ont été tués le staphylocoque, les bacilles typhoïdique, cholérique, banal du côlon, pyocyanique, aérogène du lait et fluorescent putride, les streptocoques et les staphylocoques dorés de membranes diphtériques ; ont, au contraire, résisté les bacilles charbonneux et subtil.

A l'égard des microbes desséchés, les deux agents désinfectants ont fourni des résultats semblables pour le bacille pyocyanique (tué), pour le staphylocoque et le bacille subtil (intacts), mais le gaz Pictet a donné de moins bons résultats sur les bacilles charbonneux, typhoïdique, streptocoque diphtéritique, aérogène du lait qui n'ont été tués que par combustion du soufre, tandis que la pullulation du staphylocoque, des bacilles subtil et banal du côlon a été davantage entravée par la combustion du soufre que par le gaz Pictet.

Expérimentant isolément la valeur antiseptique de l'anhydride carbonique, Trétrop n'a pu tuer que le bacille charbonneux en poussant à 20 atmosphères la pression. Aussi est-il d'avis que l'addition d'anhydride carbonique ne donne pas une puissance de pénétration plus grande à l'anhydride sulfureux et que l'emploi de ce dernier par combustion de soufre constitue un procédé à la fois plus simple, plus efficace et plus économique que l'emploi du gaz Pictet qui renferme 50 0/0 en poids d'un corps inerte. La question de prix a son importance, car en brûlant du soufre on dépense 8 fois moins. Trétrop ne préconise d'ailleurs la désinfection par le soufre comburé qu'alors qu'on ne peut faire usage ni de la vapeur, ni des antiseptiques liquides.

III. — En volumes, le gaz Pictet se compose de 7 1/2 d'anhydride sulfureux et de 11 d'anhydride carbonique, ce qui représente des poids égaux des 2 corps. Mais cette association des 2 gaz n'a aucune raison d'être, car elle ne facilite nullement la pénétration, la diffusion du désinfectant ; que la diffusion se fasse à l'état sec ou à l'état humide, la composition du mélange Pictet varie constamment et chacun des gaz se comporte comme s'il était seul. J. B.

**I. — Versuche über die Verbreitung ansteckender....., par PETRI** (*Arbeiten aus dem k. Gesundheitsamte, IX, et Hyg. Rundsch., IV, n° 11, p. 485, 1er juin 1894*).

**II. — Lüftungseinrichtungen in Eisenbahnwagen, par H.-Chr. NUSSBAUM** (*Gesund.-Ingenieur, 1893, et Hyg. Rundsch., IV, n° 11, p. 503*).

I. — Avec les poussières recueillies dans les compartiments de wagons de chemins de fer, Petri a inoculé 117 cobayes : 48 d'entre eux ont succombé, 27 par péritonite, 14 par septicémie gangréneuse, 3 par abcès, 3 par tuberculose et 1 par tétanos. Les poussières productrices de tuberculose provenaient de 2 wagons-lits.

D'autre part, les crachats recueillis sur les planchers de 34 compartiments furent inoculés à 91 animaux dont 28 succombèrent, en offrant des staphylocoques, des streptocoques, le bacille de la pseudo-tuberculose ou celui de la septicémie des souris. Les 63 animaux survivants furent sacrifiés au bout de 6 semaines ; tous étaient sains, à part 3 atteints de tuberculose d'inoculation.

Le plus grand nombre de microbes se trouvait dans les compartiments

de 4me classe : par 100 centimètres carrés, il y en avait 12,624 sur le parquet, de 2,646 à 161 sur les parois et 10 au plafond ; ceux de 3e classe en contenaient déjà moins : 5,481, 1,549 et 11 ; enfin, la plus petite quantité se rencontrait dans les compartiments des deux premières classes, qui ne présentaient pas de différences sensibles entre eux : 4,347 sur le sol ; 29 sur les tentures au-dessus des dossiers ; 0 et 1 au plafond.

Les essais de désinfection des voitures de voyageurs de diverses classes ont montré que l'emploi de la vapeur était seul efficace. Les différentes tentatives faites avec des solutions savonneuses de 1 à 10 0/0, des pulvérisations ou des lavages d'eau chaude, ont démontré que les compartiments des deux premières classes étaient beaucoup plus difficiles à débarrasser de leurs germes que ceux de 3e et de 4e classes ; pour ceux-ci, il suffisait d'une solution de savon au centième ; on obtenait leur stérilisation parfaite en les revêtant d'une peinture à l'huile fraîche. Le lavage à l'eau des tapis de linoleum des voitures de 2 classe a réduit au dixième le chiffre des microorganismes.

II. — Etude critique sur la ventilation des compartiments de chemins de fer. J. B.

**I. — Dampfkessel-Explosionen im Deutschen Reiche.....** (*Chem. Zeitung*, *XVII*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n° 22*, *p. 1038*, *15 novembre 1893*).

**II. — Die Feuergefaehrlichkeit der Ceresinfabrication, par B. LACH** (*Idem et ibid.*, *n° 23*, *p. 1076*).

**III. — Experimentelle Studien über den Einfluss technisch und hygienisch wichtiger Gase....., par K.-B. LEHMANN** (*Arch. f. Hyg.*, *XVIII*).

I. — Statistique des accidents de personnes provoqués dans l'industrie allemande par les explosions de chaudières : en 1887, 83 blessés dont 17 morts ; en 1888, 11 dont 4 morts ; en 1889, il y a eu 17 explosions, 28 blessés dont 6 morts ; en 1890, 14 explosions, 18 blessés dont 7 morts ; en 1891, 10 blessés dont 3 morts ; en 1892, 18 explosions, 41 blessés dont 12 morts.

II. — L'ozokérite ou cire fossile qui constitue la matière première renferme de 3 à 8 0/0 d'éther de pétrole qui se volatilise peu à peu : pour éviter des explosions, il faut une aération énergique des magasins. De plus, lorsque la cire fossile est fondue directement à l'aide d'un foyer ou de vapeur, vu la présence de vapeurs de benzine, il peut y avoir explosion et incendie parce que les parties de la chaudière non recouvertes par la cire fondante se brûlent facilement. Dans le traitement par l'acide, la température ne doit pas excéder 180°. L'opération qui expose le plus souvent aux risques d'incendie est l'extraction qui s'effectue en général à l'aide de benzine et rarement avec du sulfure de carbone ; le bâtiment d'extraction doit être entièrement isolé. Enfin il y a lieu de veiller à ce que les vitres des fenêtres ne forment jamais des miroirs ardents.

III. — Lehmann a eu l'occasion d'étudier les effets du gaz sulfureux sur l'homme dans une fabrique de cellulose. Sa présence dans l'air à la dose de 0,02 0/00 est facilement tolérée, même sans accoutumance ; les doses de 0,03 à 0,04 sont, en revanche, insupportables pour les personnes

non habituées, sans pourtant qu'on note des phénomènes d'irritation de yeux. Les employés de la fabrique, qui ne séjournent qu'exceptionnellement dans les ateliers où se dégage $SO^2$, sont déjà moins sensibles à ce toxique que les étrangers ; la tolérance des ouvriers est naturellement encore plus grande et ils n'offrent ni troubles gastriques, ni ophtalmies.

J. B.

**The effect of prolonged excessive light on vision, par LINDSAY JOHNSON** (*Brit. med. Journ., p. 583, 15 septembre 1894*).

Les observations de Johnson portent sur des ouvriers verriers qui travaillent plusieurs heures par jour en face d'une fournaise incandescente. Le résultat de cette exposition prolongée de l'œil à une lumière éclatante est d'altérer progressivement la vue, et d'amener une atrophie graduelle, mais incomplète, du nerf optique. Le rétrécissement du champ visuel est d'autant plus prononcé que les ouvriers travaillent depuis plus longtemps à la verrerie. Des expériences de l'auteur, il semble bien que ce n'est pas la haute température et la chaleur rayonnante, mais l'impression lumineuse qui détermine le trouble visuel : il n'a pu établir si les rayons violets et ultra-violets agissaient spécialement sur l'œil comme ils le font sur la peau, où ils déterminent de l'érythème. H. R.

**I. — Bau und Betrieb von Volks-Badeanstalten, par Rudolf SCHULTZE** (*Bonn, 1893, et Hyg. Rundsch., IV, n° 6, p. 326, 15 mars 1894*).

**II. — Das Brausebad und seine Einrichtung in Volksbadeanstalten, Casernen, Gefängnissen, Fabriken und Schulen, par WOLFF** (*Deutsche Viertelj. f. œff. Gesund., XXVI, 407*).

**III.— Schulbrausebad, zugleich zur Benutzung für die Bürgerschaft** (*Gesundheits-Ingen., n° 3, 1894*).

**IV. — Les bains à bon marché à Bordeaux, par O. DU MESNIL** (*Annales d'hyg. publ., XXXII, p. 14, 8 août 1894*).

**V. — Untersuchungen über den Bacteriengehalt des Badewassers, par Max EDEL** (*Arch. f. Hyg., XIX*).

I. — Frappée du fait que les établissements de bains à la disposition des classes peu aisées de la population ne répondent nullement aux exigences sanitaires, l'administration de la Prusse rhénane a invité la Chambre de médecine et la Société d'hygiène publique à lui faire connaître les moyens propres à encourager les municipalités à installer des établissements de ce genre. Schultze a été chargé des recherches nécessaires et il a réuni dans son ouvrage une série de types destinés à prouver aux moyennes et petites communes qu'il est possible, sans grands frais, de créer et d'exploiter des bains populaires remplissant les conditions d'hygiène nécessaires. Le premier établissement municipal de douches a été ouvert à Vienne, en automne 1887 ; dès l'année suivante, Francfort-sur-Mein avait le sien. Actuellement on en compte un grand nombre. C'est Lassar qui s'est fait l'initiateur de la vulgarisation des bains à bon marché et qui l'a rendue possible en préconisant le système d'aspersions qui économise à la fois l'espace, le temps, l'eau et l'argent, tout en rem-

plissant parfaitement le but. Schultze donne d'intéressants conseils sur l'installation des bains-douches économiques. Il déclare que l'aménagement doit être à la fois simple, propre et agréable à l'œil, si l'on veut que l'établissement réussisse.

II. — Wolff constate aussi que les bains par aspersion sont une précieuse acquisition pour l'hygiène populaire : auparavant il n'y avait que les ouvriers des grandes villes qui eussent la possibilité de prendre de loin en loin un bain à bon marché. Avec le nouveau procédé de balnéation, la question d'argent disparaît devant la nécessité d'encourager les soins de propreté dans la classe qui précisément se salit le plus la peau. Un espace de 1 mètre carré 8 décimètres suffit pour la cabine de douche et son vestiaire, séparé d'elle par une cloison de 50 centimètres ou par un rideau en toile cirée. Les cloisons entre les cabines, hautes de 2 mètres, peuvent être en bois, en tôle de zinc ondulée ou en treillis métallique garni de ciment ; le sol en asphalte, ciment ou mosaïque, muni d'une claire-voie et d'une pente, ou bien présente une cuvette servant de bain de pieds et dont le rebord saillant en zinc permet de s'asseoir. La pluie de la douche doit-elle être verticale ou oblique? Koch, Pistor, Spiess, Spinola, Lassar et Münnich se sont prononcés en faveur de la douche à 45 degrés parce que les individus débiles ou à tendances congestives ne tolèrent pas la chute verticale de l'eau.

L'eau doit être à la température de 30 à 33° C. en hiver et de 22 ou 23° en été.

Dans les casernes, il suffit de 20 à 30 litres d'eau par homme et chaque douche ne réclame que 3',4.

Dans l'industrie, les premières douches pour ouvriers ont été installées dans les fabriques de couleurs des frères Heyl et Cie, à Charlottenbourg.

Pour les écoles, c'est Goettingue qui a eu l'initiative et l'on n'a pas tardé à remarquer l'heureuse influence exercée par contre-coup sur les habitudes de propreté des parents.

III. — L'école de Burgstädt en Saxe, bâtie il y a quelques années, possède des appareils de douches qui, de 5 heures 1/2 de l'après-midi à 9 heures du soir, sont à la disposition du public ; le vendredi soir est réservé au sexe féminin. L'établissement est très fréquenté en toute saison.

IV. — A Bordeaux, au contraire, c'est l'établissement populaire de l'œuvre des bains à bon marché (*R. S. M.*, XLIII, 521) qui a mis des douches à la disposition des élèves des écoles ; le chiffre mensuel des enfants qui en ont profité a oscillé de novembre à février, par exemple, entre 430 et 639 pour les garçons et 268 et 437 pour les filles. Quant aux adultes, l'établissement a été fréquenté en 1893 par 21,860 hommes et 1,780 femmes.

V. — Edel a fait une série d'examens bactérioscopiques de l'eau de différents établissements de bains munis de piscines de natation. Dans le premier établissement, qui était alimenté par des puits, il a constaté, par centimètre cube, de 80,000 à 102,000 germes dans l'eau de la piscine, de 27,200 à 48,000 dans l'eau froide du robinet d'amenée et de 17,000 à 115,000 dans l'eau chaude servant à tempérer le bain. Dans ce cas, l'eau arrivait au bassin déjà tellement riche en germes que sa souillure par les baigneurs était relativement peu intense. L'état de choses était meilleur

dans un établissement alimenté par la distribution municipale : l'eau froide ne renfermait que 350 germes et la chaude 250 ; en revanche l'eau de la piscine en contenait 22,000. Dans d'autres établissements, l'eau servant à remplir les baignoires en contenait de 200 à 5,200 ; généralement l'eau chaude (40°) en contenait davantage que la froide. Au Gymnase (établissement d'enseignement classique) de Joachimsthal, l'eau destinée à la piscine en renfermait 50, et 491 une fois dans la piscine ; enfin après le bain, la piscine renfermait 15,465 germes par centimètre cube. Au bout de 4 jours, on renouvelait un tiers de l'eau du bassin qui contenait alors 3,494 germes avant le bain et 16,508 après. D'après le nombre des baigneurs et les dimensions de la piscine, Edel a calculé que l'accroissement du chiffre des microbes s'élevait par personne à milliards 26,3. Expérimentant sur lui-même, il a constaté que la souillure dans l'eau d'une baignoire s'élève après un bain à 3,860 millions de germes ; un pied seul en a fourni 180 millions. Enfin Edel a reconnu que la pullulation des germes est toujours beaucoup plus active dans l'éponge immergée dans la baignoire que dans le reste de l'eau du bain. J. B.

**I. — Saprol, ein neues Desinfectionsmittel, par KEILER** (*Arch. f. Hyg.*, *XVIII*, *et Revue d'hyg.*, *décembre 1893*).

**II. — Ueber Saprol und Saprolisirung der Desinfectionsmittel, par SCHEURLEN** (*Arch. f. Hyg.*, *XVIII*).

**III. — Weitere Untersuchungen über Saprol, par SCHEURLEN** (*Ibid.*, *XIX*).

**IV. — Zur Kresolbestimmung, par SCHEURLEN** (*Hyg. Rundschau*, *IV*, *n° 8*, *p. 354*, *15 avril 1894*).

**V. — Zur Kresolbestimmung, par E. NIEMANN** (*Ibid.*, *p. 355*).

**VI. — Einfache Methode zur Wahrnehmung von fäkalischen Verunreinigungen des Trinkwassers, par H. NÖRDLINGER** (*Pharmac. Central.*, *n° 8*, *1894*).

I. — Le saprol constitue une huile noirâtre, d'odeur goudronneuse rappelant le pétrole et dont les phénols sont peu à peu lixiviés par l'eau. C'est une substance inflammable et partant peu propre à servir de désinfectant. Sa teneur en phénol et crésol est de 26 pour cent volumes. Dans l'espace de 24 heures, la totalité du phénol contenue dans le saprol est dissoute sans qu'il y ait profit marqué à l'additionner d'ammoniaque. Il n'enlève pas aussi bien les odeurs des matières fécales qu'on l'a prétendu et est incapable d'en tuer les germes vivants. D'autre part, si la couche oléagineuse surnageante diminue ou supprime l'odeur des matières, elle empêche en même temps l'évaporation d'eau. En résumé, cette dissolution d'acide phénique brut dans l'huile n'offre pas un réel avantage et il est préférable de capter avec du savon les substances désinfectantes incluses dans cet acide (*R. S. M.*, XLI, 522).

II-V. — D'après Scheurlen, le saprol n'est pas facilement inflammable ; son pouvoir microbicide est peu considérable, mais c'est un bon désodorant lorsqu'il se compose de 20 parties d'huile minérale et de 50 parties d'acide phénique brut à 50 ou 60 0/0.

VI. — En désinfectant les fosses d'aisances avec du saprol, on est sûr de reconnaître une eau potable polluée par des matières de vidanges,

parce que le saprol se trahit encore par la saveur dans une dilution de 1 partie dans 2 millions et de plus par l'odeur dans une dilution de 1 partie dans 1 million. En outre, comme il forme une couverture sur la fosse d'aisances, on est à l'abri du transport des germes contagieux par les insectes. J. B.

**Panaris des pêcheurs et microbe rouge de la sardine, par DU BOIS SAINT-SÉVRIN** (*Arch. de méd. navale, p. 448, juin 1894*).

Une petite épidémie de panaris, observée par l'auteur, chez des soudeurs ordinairement indemnes de cette affection, a été causée, en dehors des microbes ordinaires de la suppuration, par l'association de deux microbes de la putréfaction du poisson, étudiés dans ce mémoire.

Par analogie, il y a tout lieu de supposer que les panaris, considérés comme maladie professionnelle des pêcheurs, doivent être rapportés à la présence des nombreux microbes de la putréfaction du poisson, pullulant dans les milieux où vivent les pêcheurs, et à la toxicité de leurs produits.

Les manipulations des poissons plus ou moins avariés qui servent à amorcer les lignes, sembleraient favoriser leur inoculation. MAUBRAC.

**I. — Statistique de la rage en Belgique en 1892, par STUBBE** (*Mouv. hygiénique, X, n° 6, p. 249, juin 1894*).

**II. — Rapport au Conseil de salubrité de la Seine sur les cas de rage humaine observés à Paris et dans le département de la Seine en 1893, par DUJARDIN-BEAUMETZ** (*Ann. d'hyg. publ., XXXII, n° 4, p. 391, octobre 1894*).

I. — En Belgique on a abattu comme atteints ou suspects de rage, en 1890, 532 animaux, en 1891, 509 et en 1892, seulement 174, grâce à l'application rigoureuse du règlement du 16 juin 1891.

En 1891, 92 personnes avaient été mordues par des chiens atteints ou suspects de rage, 43 seulement l'ont été en 1892 ; 11 d'entre elles ont subi un traitement à l'Institut de Paris ; en 1891, la Belgique y avait envoyé 101 malades, c'est-à-dire plus qu'aucun autre pays, en dehors de la France.

II. — Pendant l'année 1893, 261 personnes habitant Paris ou le département de la Seine ont été traitées à l'Institut Pasteur ; 2 d'entre elles ont succombé, soit une mortalité de 0,76 0/0. Depuis la création de l'Institut (1887), la population de la Seine a eu 1,840 personnes traitées à l'Institut sur lesquelles 14 ont succombé, ce qui réprésente une mortalité globale de 0,76 0/0.

En 1893, on a constaté la rage chez 285 chiens, 16 chats et 1 âne, tandis qu'en 1892, il y avait eu 676 chiens enragés. J. B.

**I. — Ueber die gesundheitlichen Nachtheile des Alkoholmissbrauches, par Richard SNELL** (*Deutsche Viertelj. f. œff. Gesund., XXVI, p. 426, 1894*).

**II. — Mässigkeit oder Enthaltsamkeit par A. SCHMITZ** (*Bonn, 1894, et Berlin klin. Woch., n° 37, p. 851, 10 septembre 1894*).

**III. — Welche Stellung sollen wir Aerzte der Alkoholfrage gegenüber einnehmen, par A. SMITH** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 37, p. 855, 10 septembre 1894*).

**IV. — De l'assistance et de la législation relative aux alcooliques, par LADAME** (*Rev. méd. Suisse romande, XIV, n° 9, p. 527, septembre 1894, et Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 18, p. 582, 15 septembre 1894*).

**V. — Planches montrant les lésions viscérales produites par l'alcoolisme.....** (*Revue méd. Suisse romande, XIV, n° 10, p. 594, octobre 1894*).

I. — Il y a lieu de prendre contre l'abus de l'alcool les mesures de police sanitaire suivantes : Amener la diminution du nombre de débits d'alcool, en n'autorisant leur ouverture qu'après une enquête soigneuse portant à la fois sur la moralité du débitant, sur la salubrité de son local et sur le besoin pour la population d'un nouveau lieu de débit. Cette autorisation doit toujours être révocable. Limiter le droit de vente au détail à un certain nombre d'heures de la journée. Interdire tout commerce annexé à un débit. Punir les débitants qui favorisent l'ivrognerie et les personnes saines d'esprit qui se montrent publiquement en état d'ivresse. Placer les ivrognes dans des asiles spéciaux dirigés par des médecins et surveillés par l'Etat.

II et III.— Schmitz se déclare partisan de l'usage modéré de l'alcool, de la tempérance, à l'encontre de ceux qui préconisent l'abstention complète des boissons spiritueuses. Pour lui, l'ivrognerie est une maladie et non un vice ; les ivrognes doivent être traités dans des établissements spéciaux et on ne doit interdire que les incurables. Comme mesure efficace pour combattre l'ivrognerie, il préconise que les dettes faites en état d'ivresse manifeste ne soient pas plus reconnues en justice que les dettes de jeu. Smith se trouve dans le camp opposé et veut l'abstinence absolue chez les médecins.

IV. — Dans la lutte contre l'alcoolisme, il faut mettre en œuvre tous les moyens prophylactiques, répressifs et curatifs que fournissent l'initiative privée, la législation et l'assistance par l'Etat. Dans cet intéressant travail, L. expose les mesures à prendre.

V. — La section genevoise de la ligue suisse contre l'alcoolisme, dans le but de faire connaître au grand public les dangers auxquels expose l'abus des boissons alcooliques, a fait reproduire, en édition populaire, les planches empruntées à l'atlas d'anatomie pathologique de Lancereaux et aux leçons de Charcot. Chaque planche donne en outre l'organe normal comme point de comparaison et est accompagnée d'un texte explicatif. (*R. S. M.*, XL, 251 ; XLII, 244 ; XLIII, 628 et XLIV, 262.) J. B.

---

# PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

**Clinique des maladies du système nerveux, par J.-M. CHARCOT** (*Paris, 1893*).

Ce volume contient les leçons faites par Charcot en 1889-90 et 1890-91. A côté des leçons proprement dites se trouvent un grand nombre de travaux de ses élèves qui développent ou donnent une étude d'ensemble des idées du maître. Les somnambulismes y tiennent une assez grande place. Les autres leçons ou travaux sont consacrés à l'épilepsie partielle, l'amnésie rétro-antérograde, l'association du tabes et du diabète sucré, la paralysie conjuguée de la 6e paire, la myopathie progressive type Landouzy-Dejerine avec pseudo-hypertrophie, l'aura épileptique, la toux et les bruits laryngés chez les hystériques, les choréiques, les tiqueurs et dans quelques autres maladies des centres nerveux, les hémianesthésies hystériques et toxiques. P. SOLLIER.

**Lesions of the sensory fibers of the internal capsule, par BRAINERD** (*Journ. Amer. med. Assoc., 28 juillet 1894*).

Dans certains cas d'hémiplégie d'origine centrale, les malades accusent une sensation de chaleur et des douleurs névralgiques survenant dans les membres paralysés quelques mois après l'ictus et persistant avec plus ou moins de sévérité jusqu'à la mort. Dans quatre cas observés cliniquement et dans un cinquième autopsié les symptômes et l'examen anatomique indiquaient une lésion de la capsule interne comprenant, sur une étendue plus ou moins grande, à la fois les fibres sensorielles et motrices. Les 5 cas sont ici étudiés en détail. CART.

**Sarcome primitif des ventricules du cerveau, par PRAUTOIS et ÉTIENNE** (*Arch. de neurol., n° 86, p. 270*).

Les tumeurs sarcomateuses primitives ventriculaires n'occupent généralement qu'un seul ventricule. Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est l'extension de la tumeur à tous les ventricules cérébraux sans autre généralisation. De plus, la généralisation s'était faite par greffes, car la tumeur, sarcome à cellules embryonnaires, était composée de nodules indépendants. Le sujet chez lequel elle s'était développée était une jeune fille de 13 ans. P. S.

**Contribution à l'étude des polioencéphalites supérieures, par TOLLEMER** (*Thèse de Paris, 1894*).

La polioencéphalite supérieure peut être aiguë, subaiguë ou chronique.

Quand elle est chronique, elle a une grande tendance à progresser vers le bulbe; la polioencéphalite est alors dite totale. Elle est caractérisée par une paralysie oculaire associée à une paralysie labioglosso-laryngée plus ou moins complète.

Le processus morbide constituant la polioencéphalite supérieure peut, après avoir atteint plus ou moins fortement les noyaux moteurs du bulbe, envahir les cornes antérieures de la moelle.

Polioencéphalite supérieure ou ophtalmoplégie nucléaire, polioencéphalite inférieure ou paralysie labioglossolaryngée, polyomyélite antérieure sont les trois termes d'une affection atteignant les parties homologues de la moelle, du bulbe et de la protubérance, soit isolément dans chacun de ces organes, soit en totalité : l'affection dans ce dernier cas prend le nom de polioencéphalomyélite. C. GIRAUDEAU.

**Halbseitige Athmungsstörungen bei cerebralen Lahmungen (Troubles respiratoires unilatéraux dans les paralysies cérébrales), par E. GRAWITZ** (*Zeitschr. f. klin. Med.*, *XXVI*, *p. 1*).

Sur 30 cas d'hémiplégie, G. en a trouvé 7 seulement sans troubles du rythme respiratoire. (Sur ces 7 malades 6 étaient des femmes ; chez tous la guérison fut complète et relativement rapide). Chez deux malades on trouva un type respiratoire de Cheyne Stokes. Chez tous les autres on trouva une diminution très nette du mouvement du côté du thorax paralysé. Cette diminution existe, fait très important, non seulement dans la respiration volontairement forte soumise par suite à l'impulsion cérébrale, mais dans la respiration tranquille, inconsciente. Dans quelques cas, à cette diminution s'ajoutaient des troubles de coordination : retard dans le début de l'inspiration, cessation prématurée de l'expiration. Dans un cas tout à fait exceptionnel d'hémiplégie gauche existait une hémiplégie thoracique croisée. Le côté gauche respirait beaucoup plus énergiquement que le droit. Ces paralysies respiratoires disparaissent en général après quelques semaines ou quelques mois plus tôt que les paralysies des membres. Il semble donc probable que le cerveau exerce une action même sur la respiration inconsciente. La durée des accidents est en effet trop longue pour qu'on puisse les attribuer à l'excitation des centres d'arrêt cérébraux. A.-F. PLICQUE.

**Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Lehre von der Wortblindheit (Optische Aphasie), par L. BIANCHI** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 14*, *p. 333*, *2 avril 1894*).

Imprimeur de 71 ans, grand buveur de vin. Dans les derniers mois, vertiges fréquents avec perte de connaissance et attaques épileptiques : à la suite de l'une d'elles, il s'est trouvé hémiplégique droit et aphasique. Puis il y a eu diminution du sens du toucher et surtout du sens musculaire. L'œil gauche était depuis longtemps atteint de cataracte. A droite, affaiblissement notable de l'acuité visuelle et rétrécissement extrême du champ visuel, surtout du côté temporal. Pupilles réagissant paresseusement tant aux excitations lumineuses, que pour l'accommodation. Motilité intacte, sauf une légère hémiplégie faciale gauche. Les troubles du langage sont les plus frappants. Le malade comprend ce qu'on lui dit, mais ne peut répondre ; la plupart des mots lui manquent ; il

a même oublié son propre nom, mais l'articulation verbale est bonne. La lecture est également impossible. L'écriture n'est possible que sous dictée; la copie n'est pas possible. Parfois hallucinations terrifiantes de la vue avec rotation de la tête et des yeux du côté droit. D'une façon continue, attaques épileptiques du côté gauche, dont l'une est mortelle.

Autopsie : Dans l'hémisphère droit : 1° un petit foyer de ramollissement dans le segment externe du noyau lenticulaire; 2° foyer semblable dans la substance blanche de la première circonvolution frontale en avant de son pied; 3° vieux foyer de ramollissement de la circonvolution du corps calleux, correspondant au bourrelet de celui-ci, atteignant en haut le lobule carré (præcuneus) dans son tiers inférieur et, profondément, allant à travers la substance grise, jusqu'à la substance blanche.

Dans l'hémisphère gauche : 1° un vieux foyer de ramollissement correspondant au pli courbe et ayant détruit surtout la substance grise de la partie postérieure du premier sillon temporal, à l'endroit même où il est séparé en arrière du pli courbe; 2° un foyer ayant entièrement respecté les 1re et 2e circonvolutions temporales et s'étendant dans la substance blanche du pli courbe jusqu'à la corne supérieure du ventricule latéral, mais en laissant intacte la substance grise du lobe occipital. J. B.

**Mal perforant buccal dans le tabes, par LETULLE** (*Soc. méd. des hôp.*, *20 juillet 1894*).

Chez un homme de 51 ans, ancien syphilitique et tabétique avéré, on constatait : 1° la disparition de toutes les dents du maxillaire supérieur sauf 2 molaires gauches; 2° de toutes les dents du maxillaire inférieur du côté gauche; 3° une perte de substance ayant effondré la moitié droite de la voûte palatine et du rebord correspondant du maxillaire supérieur. Il y a une sorte d'infundibulum d'aspect cicatriciel à muqueuse pâle très épaissie, à sensibilité obtuse; au fond de l'entonnoir il existe un orifice de communication qui pénètre dans le méat moyen de la fosse nasale droite. Le malade n'a jamais souffert des dents.

Lermoyez a vu deux enfants porteurs de lésions analogues. H. L.

**Contribution à l'étude de la neurasthénie d'origine traumatique, par PATRICOPOULO** (*Thèse de Paris*, *1894*).

Six observations dont une personnelle, montrant que le traumatisme peut donner naissance à la neurasthénie chez les individus les plus indemnes de toute hérédité. La neurasthénie traumatique peut ne se distinguer en rien des autres formes de la neurasthénie, et revêtir la forme de la neurasthénie cérébro-spinale la plus complète; ou au contraire se manifester par des phénomènes localisés et en particulier par des symptômes paraplégiques. Il existe une neurasthénie locale traumatique comme il existe une hystérie locale traumatique. L'affection se développe par suggestion après une période d'incubation et ne relève comme traitement que de la suggestion. P. S.

**La névrose cardiaque des arthritiques, par MOIN-EL-ASEBRA** (*Thèse de Paris*, *1894*).

Il existe une névrose particulière dont les désordres cardiaques constituent le phénomène prédominant. Cette névrose est un épisode de l'ar-

thritisme. Elle est provoquée et entretenue par toutes sortes de causes extérieures, intoxications, excès, émotions, mais ces causes sont simplement occasionnelles. Les accidents de cette névrose peuvent être répartis en deux groupes, les arythmies et les insuffisances fonctionnelles par dilatation. Chacun de ces groupes est lui-même susceptible d'être subdivisé. Ainsi nous trouvons dans les arythmies un type spasmodique, la palpitation ; un type accéléré et un type ralenti, la tachycardie et la bradycardie, et un type arythmique pur. Il faut distinguer à côté un type douloureux ou pseudo-angineux, des crises asystoliques, les pseudo-affections valvulaires. Les manifestations de cette névrose sont donc variées, mais présentent chez chaque malade une fixité assez grande. La névrose cardiaque constitue une provocation aux localisations cardiaques infectieuses ; réciproquement, celles-ci peuvent la faire apparaître ou l'aggraver. P. S.

**Accidents hystériques épileptiformes, survenus à la suite de morsures faites par un chien non enragé, et guéris par un simulacre de traitement pastorien, par PITRES** (*Progrès méd., 30 juin 1894*).

Un homme de 22 ans est fortement mordu aux deux mains par un chien qu'il crut enragé et qui ne l'était pas ; mais le chien était regardé comme atteint de crises épileptiques et cet homme croyait à la transmissibilité de l'épilepsie. Près de 3 mois après la morsure, 8 octobre 1890, il fut pris la nuit d'une violente attaque convulsive durant 9 heures, puis d'un sommeil comateux. L'examen des organes fut négatif, aucun stigmate hystérique ; il y avait seulement une analgésie épigastrique très nette. Après 1 mois à l'hôpital et 4 mois de travail régulier, nouvelle crise, 29 mars 1891, suivie d'une troisième le surlendemain avec incontinence d'urine et morsure. Le 7 septembre, quatrième crise épileptiforme. Le 11 janvier 1892, série d'accès à type jacksonien débutant par une déviation conjuguée de la face et des yeux à gauche, convulsions des muscles de la face à droite, état syncopal ; série les 14, 15 et 16. Le 23, le malade déclare qu'il croit qu'il pourra guérir par le traitement pastorien. On essaya alors de l'hypnotiser par le regard, à plusieurs reprises, sans succès. Alors on eut recours à la suggestion à l'état de veille et, du 2 au 17 février, on fit tous les 2 jours une injection d'un centième d'eau stérilisée ; depuis 2 ans il est complètement guéri. H. L.

**A case of dysphagia with dilatation of the œsophagus and pneumatosis, par LIEBMAN** (*Boston med. and surg. Journ., 7 décembre 1893*).

Jeune fille de 16 ans bien portante jusqu'à l'âge de 14 ans où elle est réglée pour la première fois. Après les secondes époques, cessation définitive des règles. L'enfant fut prise alors d'une difficulté de déglutition qui en quelques mois devint complète. En même temps, elle contracte l'habitude de déglutir l'air atmosphérique dans le but, disait-elle de forcer les aliments à descendre dans l'estomac, d'où une tympanite considérable et douloureuse. La malade entre à l'hôpital en octobre 1892 émaciée, ne dormant pas, atteinte d'une constipation opiniâtre et de vomissements. Pas d'albumine, ni de sucre. Organes sains. La matité hépatique n'est plus perceptible sur son abdomen, arrivé aux extrêmes limites de la distension. Le lavage de l'estomac laisse ressortir des liquides clairs et limpides. La malade meurt en juin 1893. Shattuck qui avait eu la malade dans son service estime qu'il s'agit ici d'un cas d'hystérie grave, la dilatation de l'œsophage et la pneumatose stomacale étant selon lui

les conséquences de l'habitude singulière contractée par la malade de déglutir l'air atmosphérique. CART.

**Contribution à l'étude de l'amyotrophie Charcot-Marie, par MARINESCO** (*Archives de méd. exp., VI, 6*).

L'amyotrophie du type Charcot-Marie débute ordinairement par les extrémités, de préférence les pieds, plus rarement les mains; elle envahit la jambe et l'avant-bras, et respecte l'épaule, la ceinture scapulaire et la face. Elle s'accompagne de perte des forces, d'un certain degré d'ataxie et de dérobement. Il y a de la réaction de dégénérescence, et des contractions fibrillaires. Enfin il s'ajoute des troubles sensitifs, des douleurs, des modifications de la sensibilité tactile, thermique et électrique. L'affection est familiale, héréditaire, infantile, lente dans son évolution. Au point de vue anatomique, elle comporte des lésions des muscles, des nerfs périphériques et des centres. Les muscles sont atteints d'atrophie dégénérative. L'altération des nerfs est maxima à la périphérie, et diminue à mesure qu'on se rapproche des centres. C'est une névrite à la fois parenchymateuse et interstitielle : le tissu de soutènement est fortement hypertrophié, ce qui explique l'augmentation de volume des cordons nerveux. Les ganglions spinaux paraissent pouvoir présenter un certain degré d'altération cellulaire et interstitielle. Enfin dans les centres, on observe une sclérose postérieure fort semblable à celle du tabes, des lésions des cornes antérieures (cellules et tissu interstitiel). Ainsi l'affection ne saurait être conservée parmi les myopathies simples; il est difficile d'y voir une simple polynévrite avec lésions centrales secondaires. C'est probablement la lésion des cornes antérieures et des ganglions spinaux, évoluant parallèlement à la névrite, qui en régit tous les phénomènes. L'amyotrophie décrite par Brossard doit se fondre dans ce type morbide de même que la névrite interstitielle infantile de Déjerine, et le tabes infantile de Gombault. GIRODE.

**Notes on three cases of progressive muscular atrophy, etc., par F. BATTEN** (*St-Barth. hosp. Rep., XXVIII, p. 211*).

L'intérêt de ces cas réside dans cette particularité qu'il s'agit d'une atrophie musculaire progressive survenant chez de jeunes sujets, et s'accompagnant de perte de la perception des températures, sans altération de la sensibilité tactile. En un mot, il y avait chez ces jeunes gens une dissociation des impressions sensitives comme dans la syringomyélie. Dans le seul cas accompagné d'autopsie, on trouva en effet une dilatation du canal épendymaire. Il est donc probable que ces cas relèvent de la syringomyélie, d'autant plus que chez deux des malades existait une scoliose concomitante. H. R.

**Paramyoclonus multiplex, par FEINBERG** (*Zeitschr. f. klin. Med., XXIII, p. 431*).

Obs. 1. Epuisement, anémie marquée à la suite de lactation prolongée et de métrorragie, secousses dans les muscles symétriques du dos puis du bras, plus tard l'avant-bras, le facial, les extrémités inférieures sont touchées. A la fin de l'attaque contractions toxiques, pas d'hystère.

Obs. 2. Epuisement par grossesses multiples, lactation prolongée, tendances névropathiques. Muscles du cou et des extrémités supérieures surtout atteints.

Obs. 3. Névrose traumatique avec psychopathie et myoclonie ayant débuté surtout après l'accident.

Pour le diagnostic du paramyoclonus multiplex F. indique avec Friedreich les caractères suivants : 1° clonicité des contractions; 2° extension symétrique; 3° arythmie; 4° petites excursions; 5° sensibilité intacte, motilité, excitabilité nerveuse conservée, pas de troubles trophiques de la peau et des muscles; 6° cessation des contractions dans le sommeil et lors des mouvements volontaires; 7° augmentation des réflexes cutanés et tendineux. A. F. PLICQUE.

**Rapport du tremblement sénile et du tremblement héréditaire, par RAYNAUD** (*Thèse de Paris, 1894*).

Cinq observations personnelles. — L'auteur pense qu'au point de vue clinique il n'y a pas de caractère différentiel entre le tremblement sénile et le tremblement héréditaire. Au point de vue étiologique les mêmes causes occasionnelles peuvent provoquer l'apparition du tremblement héréditaire et du tremblement sénile. Aussi propose-t-il de supprimer ces appellations et de fondre la description de ces états morbides dans un seul type nosologique : névrose trémulante. P. S.

**Varix of the right auricle ending in rupture, par William J. SMITH** (*Med. Record, 7 juillet 1894*).

Sous cette dénomination de varice de l'oreillette droite, S. donne l'observation d'un homme de 56 ans qui, à la suite d'un effort d'une extrême violence (juin 1889) fut pris de troubles cardio-pulmonaires qui le conduisirent à la mort en octobre 1892. Pendant ce temps, une tumeur s'était formée peu à peu à la région précordiale pour atteindre le volume d'un poing d'adulte. On ne pouvait plus par la palpation percevoir aucun plan osseux formé par les côtes et le sternum, mais on avait l'impression d'un choc transmis à chaque évolution cardiaque, d'où le diagnostic : anévrisme de l'aorte. La veille de la mort, la tuméfaction s'ulcère et il s'en échappe du sang ayant le caractère veineux, noir, se prenant en caillots. A l'examen du cœur, on trouve de la dilatation de l'aorte, de la veine cave supérieure, de l'oreillette gauche et tout spécialement un anévrisme sacciforme de l'oreillette droite qui était venu s'ouvrir à la peau. CART.

**La névrite du plexus cardiaque et l'angine de poitrine liées à l'aortite en plaques ou aortite paludique, par LANCEREAUX** (*Bull. Acad. méd., 17 juillet 1894*).

D'après un certain nombre de faits, dont le plus ancien, déjà publié, remonte à l'année 1864, Lancereaux estime que la pathogénie de l'angine de poitrine doit être attribuée à un désordre des nerfs cardiaques et non à un simple rétrécissement des artères coronaires.

Or ces désordres du plexus cardiaque coïncident souvent avec une aortite que l'on rencontre chez les paludiques; cette aortite serait, en un mot, une manifestation tardive de l'intoxication palustre. OZENNE.

**Le rétrécissement mitral des artérioscléreux, par BLIND** (*Thèse de Paris, 1894*).

Dans cette thèse faite sous l'inspiration de Huchard, l'auteur oppose le

rétrécissement mitral des artérioscléreux au rétrécissement mitral pur et au rétrécissement endocardique. Aux signes cardiaques ordinaires de la sténose mitrale, viennent s'ajouter de l'arythmie et des phénomènes angineux qui se rencontrent moins souvent, surtout ces derniers, dans les autres variétés de rétrécissement mitral. Le retentissement diastolique à droite du sternum différencie ce rétrécissement mitral hybride du rétrécissement mitral pur qui offre un retentissement diastolique à gauche du sternum. Le traitement, surtout palliatif, insistera sur le régime lacté, les iodures, la trinitrine, la digitale, la caféine. C. GIRAUDEAU.

**On the relation of heart disease to menstruation, par GOW** (*Brit. med. Journ., p. 579, 17 mars 1894*).

Gow a recherché l'influence qu'exercent les affections cardiaques sur la menstruation. Sur 50 cas, il y en eut 28 où la menstruation resta normale, 17 où elle manqua plus ou moins complètement, 5 où elle fut excessive.

A un autre point de vue, ces femmes sont presque toujours stériles et exposées à faire des fausses couches quand elles deviennent enceintes.

Voici le détail de cette statistique :

*a*) Rétrécissement mitral : 22 cas. 9 fois menstruation régulière, 5 fois diminuée, 4 fois aménorrhée, 4 fois accroissement du flux sanguin ;

*b*) Insuffisance mitrale : 15 cas. 10 fois menstruation régulière, 4 fois diminuée, 1 fois supprimée ;

*c*) Rétrécissement et insuffisance mitrale : 7 cas, 4 fois non altérée, 1 fois diminuée, 1 fois supprimée, 1 fois augmentée légèrement ;

*d*) Insuffisance aortique : 2 cas. Non altérée.

Ces conclusions sont confirmées par la statistique de John Phillips, portant sur 15 femmes atteintes de maladies de cœur. H. R.

**Sopra un caso di stenosi asquisita della polmonare complicata da perforazione del setto interventriculare; osservazzioni semiologiche, cliniche ed anatomo-pathologische, par E. BONARDI** (*Il Morgagni, p. 498, août 1894*).

Homme de 22 ans ; palpitations à la suite d'une maladie infectieuse éruptive, anasarque à l'âge de 12 ans, se reproduisant dans la suite ; orthopnée, cyanose intense, œdèmes diffus des extrémités et du tronc, pouls lent (60), respiration fréquente (36) ; 2 frémissements vibratoires l'un au niveau du deuxième espace intercostal gauche et l'autre suivant la ligne qui unit les foyers d'auscultation aortique et pulmonaire ; matité cardiaque de 18 sur 16 centimètres ; souffle systolique rude se prolongeant dans le petit silence au niveau du deuxième espace gauche, se propageant vers l'épaule gauche ; souffle systolique rude au milieu de la largeur du sternum à l'union du manubrium et du corps du sternum, se propageant vers les vaisseaux du cou. A l'autopsie, hypertrophie concentrique considérable du ventricule droit dont la paroi mesure 25 millimètres ; hypertrophie et dilatation de l'oreillette droite ; infundibulum pulmonaire extraordinairement rétréci par un tissu cicatriciel et admettant à peine l'extrémité du petit doigt ; à sa face interne, végétations résistantes, du volume d'un grain de mil, fibreuses ; valvules pulmonaires épaissies ; au-dessus du rétrécissement, l'artère pulmonaire mesure 10 cent. 1/2 de circonférence, sans signes d'endartérite ; la cloison interventriculaire pré

sente une ouverture en forme de canal à paroi blanche fibreuse et inégale avec de petites végétations; pas de lésions appréciables de l'aorte ni du cœur gauche, à l'exception de l'atrophie de l'oreillette. GEORGES THIBIERGE.

**Sul valore clinico della misurazione dell'altezza ed ampiezza degli apici polmonari, par A. CONTI** (*Il Morgagni, p. 394, juillet 1894*).

Le rapport entre la taille et la circonférence thoracique donne un quotient qui ne diffère pas beaucoup à l'état normal et dans les divers états pathologiques du poumon, mais qui s'abaisse sensiblement dans l'emphysème.

Le quotient entre la taille et l'amplitude des sommets en avant est sensiblement plus élevé dans la phtisie pulmonaire et dans la sclérose qu'à l'état normal; dans les pleurésies et dans l'emphysème pulmonaire, il est presque normal

Le quotient entre la taille et l'amplitude des sommets en arrière est sensiblement inférieur à la normale chez les emphysémateux.

Le quotient entre la circonférence thoracique et le diamètre bi-acromial est légèrement inférieur à la normale dans la tuberculose pulmonaire et dans les pleurésies, quelquefois supérieur à la normale dans la sclérose des sommets et dans l'emphysème. Il en est de même du quotient entre la circonférence thoracique et la ligne jugulo-xyphoïdienne.

L'amplitude, mesurée au compas d'épaisseur, en prenant pour points de repère, en arrière le point où le bord externe du poumon coupe la ligne qui joint l'apophyse épineuse de la 7e cervicale au bord externe de l'acromion et l'apophyse susdite, en avant le point où le bord externe du poumon coupe la clavicule et la partie médiane de la fossette sternale est en avant le plus souvent égale aux deux sommets à l'état normal; elle est ordinairement diminuée en avant dans les lésions unilatérales des sommets; en arrière, elle diffère le plus souvent à l'état normal.

La hauteur des sommets est ordinairement la même des deux côtés et est située entre la 6e vertèbre cervicale et la 1re dorsale; cependant, assez souvent le sommet droit est plus élevé que le sommet gauche. Dans les lésions qui les intéressent, les sommets malades sont plus bas qu'à l'état normal. GEORGES THIBIERGE.

**Pneumonie bilieuse ou pneumonie jaune, par L. GALLIARD** (*Médecine moderne, p. 529, 28 avril 1894*).

Galliard proteste contre l'épithète de bilieuse donnée depuis Stoll et Grisolle aux pneumonies qui s'accompagnent de polycholie sans ictère. Ce nom doit être réservé aux pneumonies avec ictère. L'ictère est rare dans la pneumonie: Grisolle ne l'a observé que 20 fois sur 277 cas; le pronostic est variable quoique l'ictère doive toujours être considéré comme une complication. L'ictère peut s'accompagner de polycholie due à une hépatite diffuse ou de rétention biliaire, consécutive à une angiocholite: Galliard croit que cette dernière est produite par la pénétration du pneumocoque dans l'appareil hépatique, plutôt qu'à une duodénite catarrhale.

GEORGES THIBIERGE.

**Contributions à l'étude des pleurésies hémorragiques dites primitives ou hématomes pleuraux, par MESNIL** (*Thèse de Paris, 1894*).

L'hématome pleural simple, d'après l'auteur, n'est qu'une pleurésie hémorragique tuberculeuse primitive à forme curable, ne se distinguant de la pleurésie hémorragique franchement tuberculeuse que par l'échéance plus longue ou indéfiniment ajournée de la tuberculose pulmonaire.

Le pronostic peut donc en être considéré comme plus bénin, mais avec toutes les réserves que comportent le genre de vie et les soins auxquels sera soumis le malade. C'est dire que tout individu ayant présenté un hématome pleural simple non démontré tuberculeux devra se soumettre aux règles d'une hygiène sévère et à la surveillance attentive de son appareil respiratoire. R. FAURE-MILLER.

**Deux cas de grippe à forme pseudo-phymique, par CHATIN et J. COLLET** (*Lyon méd., 14 octobre 1894*).

Relation de deux cas de grippe chez de jeunes hommes, ayant évolué avec tous les signes d'une tuberculose aiguë : signes pseudo-cavitaires des sommets, râles humides, gargouillement, souffle caverneux, crachats purulents, etc... Dans un cas l'autopsie vient confirmer le diagnostic clinique et bactériologique (absence du bacille de Koch) en ne décelant aucune lésion tuberculeuse. Le second guérit.

Les auteurs rappellent sommairement trois cas de ce genre observés par Teissier, dont deux morts avec autopsie, et insistent sur les difficultés du diagnostic et sur quelques particularités qui peuvent mettre sur la voie, en dehors de l'examen bactériologique (hypertrophie de la rate, brusquerie du début, tracé thermométrique, etc.). A. CARTAZ.

**Diphtheria and pseudo-diphtheria, par Hallock PARKE et A.-L. BEEBE** (*Med. Record, 29 septembre 1894*).

Ce travail est le compte rendu officiel des recherches faites au « Bacteriological Laboratory of the Health Departement », de New-York, de mai 1893 à mai 1894, portant sur 5,611 cas d'angines suspectes. Dans 3,255 cas (38 0/0), le bacille de Lœffler fut trouvé ; dans 1,540 cas (27 0/0), il manquait ; enfin 816 cas (15 0/0) douteux ou sans valeur sont laissés de côté.

Dans les conclusions de ce minutieux rapport, les auteurs insistent tout particulièrement sur la nécessité qu'il y a de s'entendre sur la dénomination de diphtérie qui devrait être réservée aux inflammations où l'on trouve le bacille de Lœffler, de pseudo-diphtérie où l'inflammation est provoquée par des cocci et plus particulièrement par le streptocoque, de croup qui indiquerait uniquement la localisation du processus exsudatif ou pseudo-membraneux, qu'il soit diphtérique ou pseudo-diphtérique, et qui ne prendrait l'un ou l'autre de ces qualificatifs qu'après examen bactériologique (à New-York 80 0/0 des cas de croup sont du croup diphtérique).

Les auteurs rappellent aussi que seul cet examen peut différencier la

pseudo-diphtérie de la diphtérie qui, cliniquement, sont si souvent identiques comme signes subjectifs, la diphtérie tuant à New-York dans une proportion de 27 0/0 et la pseudo-diphtérie dans celle de 2 0/0. Les auteurs ne touchent pas à la question du traitement. CART.

**A report on the etiology and statistics of diphtheria, par J.-S. BILLINGS** (*Brit. med. Journ., p. 579. 15 septembre 1894*).

Les statistiques de Billings montrent que la diphtérie est en décroissance en Amérique depuis les dix dernières années. En 1880 elle entrait pour 77,9 0/00 dans la mortalité générale : en 1890 elle n'est plus que 49,5 0/00. De plus, la population urbaine est maintenant plus atteinte, alors que c'était autrefois la population rurale. Les blancs y sont bien plus sujets que les nègres. H. R.

**Klebs-Lœffler bacillus in healthy throats and in measles throats, par ADAMS** (*Med. Record, 29 septembre 1894*).

Dans 51 cultures provenant de gorges cliniquement saines on trouve 7 fois le bacille de Löffler ; l'un de ces 7 enfants eut dans la suite une atteinte de croup diphtéritique. Sur 28 cultures provenant de gorges d'enfants atteints de rougeole, 10 fois se révèle le bacille de Loeffler sans du reste se manifester cliniquement ; deux rubéoliques succombèrent à la broncho-pneumonie mais on ne trouva pas de fausses membranes à l'autopsie. CART.

**Étude clinique et bactériologique sur la diphtérie, par L. MARTIN** (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 7, p. 449, juillet 1894*).

Le travail porte sur 198 cas moitié angines, moitié croups. Les angines se divisent en non diphtériques 29, mortalité 0 ; diphtériques pures 44 cas, morts 10 ; diptheriques avec associations 26, morts 18.

*Angines blanches non diptheriques.* — α angines à coccus. Les fausses membranes occupent les amygdales, peuvent s'étendre aux piliers et aux fosses nasales, plus souvent encore au larynx. Plus blanches, plus crémeuses, moins adhérentes, moins élastiques, moins consistantes, elles se reproduisent moins rapidement que les fausses membranes diphtériques. L'adénopathie est de règle, l'albumine fréquente, le facies reste bon, l'appétit est conservé ; β) angines à pneumocoques, on ne connait que le cas de Jaccoud ; γ) angines à staphylocoques. Les fausses membranes peuvent s'étendre sur les amygdales ; la fièvre est peu élevée, facies un peu altéré ; l'appétit conservé ; il peut y avoir albuminurie ; la dipathie est marquée ; δ) angines à bacilles indéterminés, parmi lesquels un bacille ressemblant au coli ; mêmes symptômes que les angines à coccus ; ε) angines à streptocoques, peuvent précéder la scarlatine ou être associées. L'état général est sérieux, la fièvre élevée, l'albuminurie fréquente, l'adénopathie marquée parfois avec empâtement. Les fausses membranes blanc-grisâtre sont disposées par larges plaques comme inscrustées dans la membrane rouge quelquefois œdématiée.

*Angines diphtériques pures.* — α) *bénignes* non reconnaissables sans l'examen bactériologique, simulant l'amygdalite folliculaire. L'adénopathie plus marquée d'un côté est sans empâtement, l'albumine manque dans

plus des 2/3 des cas ; β) *graves*, fausses membranes blanc-grisâtre, assez adhérentes avec tendance à tapisser toute l'arrière-gorge, adénopathie sans empâtements, albumine constante. L'examen bactériologique montre de nombreuses colonies isolées sur le premier tube, rares sur le second dans les angines bénignes, nombreuses et confluentes dans les angines graves. Le bacille long est dans ce dernier cas le plus fréquent.

*Angines diphtériques à associations.* — α) avec streptocoques 14 cas, 13 morts. Ces angines se présentent avec les symptômes caractéristiques des angines malignes. Les fausses membranes sont épaisses, grisâtres, adhérentes, assez souvent sanguinolentes, tapissant souvent toute l'arrière gorge ; β) avec staphylocoques ce sont des angines malignes, 5 morts sur 5 cas, avec enduit pultacé, couproconsulaire, adénopathie, température élevée ; γ) à associations variées, petit coccus ou staphylocoque blanc, ce sont des angines bénignes à durée assez longue.

*Croups* A. Croups non diphtériques sans angines : 7 cas, 1 décès. — Sans angines non diphtérique, au début, la contamination s'étant faite dans les salles, 7 cas, 3 décès. — B. Croups diphtériques avec angines (diphtérie pure) 33 cas, 26 morts. Le plus souvent, il s'agit de bacilles longs. L'albuminurie ne manque jamais, la respiration est toujours accélérée, le pouls toujours très fréquent (120-170) présente des oscillations régulières et considérables. — C. Croups avec angines (diphtérie à associations). C'est une association bénigne que celle du bacille diphtérique avec le petit coccus, une association grave que celle du bacille diphtérique avec le staphylocoque, 16 cas, 12 décès, moins grave pour les associations avec le staphylocoque : 5 cas, 3 décès.— D. Croups diphté riques avec angine (diphtérie pure) 16 cas, 6 morts. — E. Croups sans angine (diphtérie avec associations) 5 cas, 1 mort. PAUL TISSIER.

**Zur Kenntniss..... (Étude sur le bacille de la diphtérie), par Rudolf ABEL** (*Deut. med. Woch.*, *n° 35, 1894*).

On considère, en général, la durée de 3 à 5 semaines comme maximum de temps dans lequel les bacilles diphtéritiques peuvent se conserver vivants et par conséquent pendant lequel les personnes atteintes de diphtérie peuvent rester une source d'infection.

Chez une jeune fille de 12 ans, les bacilles diphtéritiques ont été retrouvés virulents dans les premières voies, 65 jours après la disparition des fausses membranes de la gorge. L'angine diphtéritique avait évolué du 7 au 13 octobre. Evacuée le 19, comme complètement guérie, la malade se présentait le 22, avec un exsudat fibrineux des deux narines ; les cultures provenant de ces membranes nasales, donnèrent de nombreuses colonies de bacilles de Lœfler mêlées à quelques colonies de staphylococcus aureus. Le 11 décembre, on obtenait encore des colonies pures de bacilles diphtéritiques qui, inoculés à des cobayes, reproduisaient les phénomènes caractéristiques de la diphtérie expérimentale.

Abel en conclut que les convalescents de diphtérie doivent être maintenus isolés jusqu'à ce que des examens répétés de la gorge et du nez aient démontré la disparition du bacille de Lœfler. H. DE BRINON.

**Carcinome anormal de l'estomac; un nouveau symptôme observé chez les carcinomateux, par BOGDAN** (*Bull. de la Société des méd. de Jassy, n° 1, 1894*).

Une femme de 48 ans, depuis 1 an perd ses forces et maigrit mangeant, comme d'habitude, n'ayant ni vomissements, ni melœna, ni douleurs d'estomac. Elle avait le teint jaune cire, une phlegmatia de la jambe gauche et un empâtement au-dessus de l'ombilic. Sur les pommettes se dessinaient deux taches d'un rouge vineux formées par la dilatation des veinules superficielles des joues. Bogdan a observé ces varicosités des joues chez les 2/3 des cancéreux qu'il a soignés surtout pour les cas d'épithélioma utérin ou gastrique, et cela dès le début, alors que l'affection a des symptômes vagues et indéterminés ; ce signe précurseur a pour lui une grande valeur. H. L.

**Contribution à l'étude du foie infectieux (hépatite infectieuse primitive) par Léopold LEVI** (*Archives gén. de méd., mars et avril 1894*).

L'auteur rapporte une observation d'affection hépatique, caractérisée cliniquement par de l'ictère et de l'hypertrophie de la rate sans ascite, avant évolué dans l'espace de 51 jours chez un jeune homme. Cette hépatite était compliquée d'endocardite végétante de l'artère pulmonaire et d'albuminurie. Elle se termina par une méningite suppurée. A l'autopsie, le foie avait les caractères du foie infectieux. Il existait de la sclérose périportale. La cellule hépatique avait une intégrité relative. Le pus des méninges, les végétations de l'artère pulmonaire, les reins, la rate, le foie renfermaient un diplocoque pathogène pour le cobaye.

Au point de vue nosologique, l'auteur tend à établir un rapprochement entre cette hépatite infectieuse primitive et la maladie d'Hanot. Cette forme lui paraît servir de transition entre l'ictère grave (forme suraiguë) et la cirrhose hypertrophique avec ictère (maladie d'Hanot) (forme chronique). RICHARDIÈRE.

**Troubles de la fonction biliaire. Urobilinurie, acholie, par BARBIER** (*Gaz. hebd. de méd. Paris, 8 septembre 1894*).

L'acholie ou suppression de la sécrétion biliaire résulte de la mort des cellules hépatiques ou accidentellement de leur torpeur passagère. Elle peut être complète, les voies biliaires n'excrétant plus rien, ou partielle, c'est-à-dire limitée à l'élimination des pigments (acholie pigmentaire). Elle amène à sa suite une auto-intoxication. C'est le terme extrême de l'insuffisance hépatique due aux infections du foie, à la destruction de ses cellules par certaines intoxications (phosphore) et à certaines infections intestinales (choléra, dysenterie).

L'urobilinurie indique l'insuffisance pigmentaire relative (excès d'apport de matériaux à éliminer) ou absolue, transitoire ou permanente du foie. Elle est aux maladies du foie ce que l'albuminurie est à celles des reins. On peut la rencontrer dans les maladies proprement dites du foie (cirrhose alcoolique, dégénérescence graisseuse), les infections ou intoxications hépatiques, les infections et les intoxications générales (tuberculose aiguë, rhumatisme articulaire aigu, pneumonie, oxyde de carbone, alcoolisme, saturnisme, etc.) LEFLAIVE.

**Étude sur l'entéro-hépatite suppurée endémique, par BABÈS et ZIGURA** (*Archives de méd. exp., VI, 6*).

La pathologie indigène de Roumanie semble comprendre un type morbide, que caractérisent de grands abcès du foie et des ulcérations particulières du côlon ascendant. Les abcès hépatiques diffèrent de ceux qu'on observe en Europe occidentale et rappellent les abcès des pays chauds. La colite ulcéreuse est caractérisée au début par une infiltration phlegmoneuse profonde de l'intestin sans aspect diphtéroïde superficiel; plus tard se voient de grandes ulcérations transversales reposant sur une paroi très infiltrée. Les ganglions régionaux sont à peine infiltrés. Exceptionnellement, la côlite se surajoutait à une affection tuberculeuse. Les ulcérations intestinales montraient diverses espèces microbiennes non spécifiques (bacilles fins, streptocoques, protées mucogènes), et plus rarement des amibes comme celles que Lœsch et Kartulis ont décrites dans la dysenterie tropicale.

L'abcès hépatique, volumineux, simple ou double, commence par une nécrose massive postérieure à la lésion colienne et sous sa dépendance. Le pus est pauvre en cellules, et contient tantôt des microbes pyogènes ordinaires, tantôt de fins bacilles innominés : parfois la lésion est amicrobienne. Il est à noter que l'abcès, comme les ulcères coliens, abouti assez souvent à la perforation. GIRODE.

**Ein Fall von Pseudogallensteaikoliken bei Choledochusobstruction....., par Victor SCHULTZ** (*Berlin. klin. Woch., n° 6, p. 132, 5 février 1894*).

Homme de 47 ans, admis le 27 octobre 1892, dans le service de Wasilieff. Bien portant jusqu'il y a 10 ans où il eut une gastro-entérite aiguë pendant 8 jours : depuis lors sujet à des troubles dyspeptiques qui continuèrent après l'expulsion d'un tænia et à des douleurs abdominales. Le 9 juin 1892, frisson et violentes douleurs à l'épigastre et dans l'hypocondre droit avec irradiations vers le sacrum et l'hypocondre gauche. Le 13, début de l'ictère, le 15, à la suite d'ingestion d'eau de Carlsbad, accès douloureux rappelant la colique hépatique. En août, apparition d'œdème des malléoles et diarrhée profuse suivie souvent de selles sanglantes; amaigrissement considérable, quintes de toux avec bacilles tuberculeux dans les crachats.

État actuel. Ictère intense, cachexie. Ballonnement de la moitié droite du ventre. Foie extrêmement sensible à la pression, volumineux, lisse, de consistance ligneuse; au niveau de son bord inférieur, tumeur piriforme élastique. Bourrelet hémorrhoïdal; à 15 centimètres au-dessus de l'anus, sur la paroi antérieure du rectum, tumeur dure. Urines ictériques non albumineuses; selles argileuses ou contenant du sang. Apyrexie; ni hypertrophie de la rate, ni ascite. Diagnostic : cancer du rectum avec métastases dans le foie et les ganglions de la veine porte qui compriment le cholédoque; fausses coliques hépatiques dues à l'accumulation de la bile dans la vésicule; tuberculose pulmonaire. Le 30 novembre, on sent une nodosité de la grosseur d'un pois sur la face antérieure du foie au niveau de l'épigastre; peu à peu, il en apparaît d'autres et la tumeur rectale se ramollit. Mort le 21 décembre. L'autopsie confirme entièrement le diagnostic, les voies biliaires ne contenaient aucun calcul et la vésicule était dilatée. J. B.

**Zur Pathologie der calculösen und arterio-sclerotischen Pankreascirrhose und der entsprechenden Diabetesformen, par Wilhem FLEINER** (*Berlin. klin. Woch., n° 1, p. 5, et n° 2, p. 38, 1 et 8 janvier 1894*).

1° Journalier de 40 ans; en avril 1893, ayant levé un fardeau trop lourd, il eut pendant 12 jours des points de côté très douloureux, le 3 mai, le malade constate pour la première fois, de la polydypsie, de la polyphagie et de la polyurie, etc. État le 10 : urine renfermant 82,569 0/00 de sucre sans albumine. Malgré un régime diabétique rigoureux, la proportion de glucose ne descendit pas au-dessous de 2,6 0/0, selles rares et graisseuses; en 1 mois l'homme gagna 4 kil. 7 en poids. Peu après sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire vers le milieu de septembre, diarrhée profuse; le 24, frisson, toux, oppression, le 27 violent point de côté à gauche; crachats sanguinolents. Etat le 1er octobre : Émaciation considérable, cyanose de la face, dyspnée intense, petitesse et fréquence extrêmes du pouls (140), 36° 7; mort le jour même. Autopsie : Double épanchement pleral séro-fibrineux. A la face interne du lobe inférieur du poumon gauche, au-dessous de la plèvre, cavité du volume d'une noix à contenu fétide, onctueux; dans le lobe inférieur du poumon droit, foyer d'infarctus de mêmes dimensions. Épanchement abdominal de 100 grammes de sérosité trouble, mêlée de fins flocons fibrineux. Nombreux abcès hépatiques. Sclérose du système porte. Pancréas très petit et très dur, couché dans un tissu fibreux et soudé au foie et au pylore par des fausses membranes calleuses. Sauf à son origine, le canal de Wirsung est entièrement oblitéré par des calculs de grosseur variée; le calcul le plus considérable, ayant les dimensions d'une noisette, se trouve à la limite de la tête et de la queue du pancréas. Les autres conduits excréteurs du pancréas offrent des dilatations variqueuses renfermant des concrétions où un liquide brunâtre mêlé de grains calcaires; un ganglion hypertrophié près de l'abouchement du canal de Wirsung dans le duodenum. Estomac très grand. Quelques rameaux de la porte hépatique contiennent des thrombus fourmillant de microbes. Sclérose de la totalité du pancréas plus avancé dans la tête où nulle part on ne reconnaît la structure acineuse.

2° Femme de 57 ans, obèse; depuis 6 ans sujette à des accès de gastralgie avec vomissements bilieux, sans jamais avoir eu d'ictère ni rendu de calculs dans les selles; depuis 5 mois, à la suite d'un vif chagrin, souvent faible et lasse et parfois faim canine. Le 29 octobre, indigestion suivie de 2 accès de gastralgie avec vomissements bilieux. Sensibilité du creux épigastrique à la pression. Estomac un peu dilaté. Le 1er novembre l'agitation des jours suivants a encore augmenté, soif intense; urines pesant 1,025 et contenant du sucre mais pas d'albumine. Le 2, un peu de fièvre dès le matin; le soir obnubilation du sensorium, dyspnée. Le 3, 2,800 grammes d'urines pesant 1,027 et contenant 434 grammes de sucre. Dans la nuit, collapsus; le matin 39,5; haleine sentant l'acétone, cyanose, coma; respiration fréquente et profonde; 136 pulsations très faibles. Mort avec une température de 41,2 après 10 heures de coma. Autopsie : Nombreuses taches hémorragiques dans le tissu sous-péritonéal, le grand épiploon et la capsule adipeuse des reins; quelques petits caillots disséminés dans la cavité abdominale. Au voisinage du pancréas, très volumineux et gris brun, les hémorragies sont plus nombreuses. Thrombose incomplète de la veine splénique et mortification du tissu pancréatique avoisinant. La vésicule biliaire renferme une poignée de calculs. Infarctus du lobe hépatique droit. Estomac très dilaté. Petit foyer d'aspergillus dans une bronche du poumon droit. Sous le microscope, la plus grande partie du tissu glandulaire du pancréas offre les lésions de la mortification ischémique.

Dans ce deuxième cas, on a un diabète pancréatique dû à une artério-

sclérose de l'organe et resté longtemps latent. Ce fait montre que tous les diabètes pancréatiques, ne sont pas des diabètes maigres et graves et que les lésions pancréatiques quand elles ne sont pas trop étendues, peuvent donner lieu à des formes bénignes du diabète. J. B.

**I. — Zur Diagnose der Pankreasatrophie durch Steinbildung, par LICHTHEIM** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 8, p. 185, 19 février 1894*).

**II. — Ein Fall von Pankreaskolik, par W. MINNICH** (*Ibid.*, *p. 187*).

I. — Cocher de 36 ans, admis le 20 novembre 1890. Il y a 14 ans, il eut durant 6 ans des accès très violents de coliques abdominales s'accompagnant de fièvre et de vomissements. Constipation habituelle jusqu'il y a 1 an où apparurent de la diarrhée, de l'amaigrissement, de la polyphagie, de la polydypsie et un affaiblissement croissant. A l'entrée, on constate de la glycosurie avec polyurie modérée, que le régime put refréner, tandis que la diarrhée persista incoercible; phtisie pulmonaire à marche rapide. Mort dans le marasme, le 5 janvier 1891. Jamais les selles n'ont eu l'aspect graisseux caractéristique; elles renfermaient d'abondants cristaux gras, mais ne formaient pas de pellicule graisseuse; dans les derniers jours elles furent laiteuses, grâce à la présence d'une grande quantité de cellules épithéliales de l'intestin. Lichtheim avait fait le diagnostic de coliques pancréatiques avec diabète consécutif dû à l'atrophie du pancréas par les calculs. A l'autopsie : tuberculose des poumons; sclérose du pancréas avec disparition d'une grande partie du parenchyme glandulaire; dilatation du canal de Wirsung et de ses ramifications. Concrétions en mortier dans ce canal; catarrhe de la muqueuse intestinale.

II. — Négociant âgé de 68 ans. A 40 ans, coliques hépatiques avec ictère et calculs; après avoir duré 3 mois, ces coliques ne reparurent que 10 ans 1/2 plus tard et s'accompagnèrent de nouveau de l'issue de calculs de cholestérine par l'intestin.

L'affection actuelle date de septembre 1893. Une nuit le malade fut pris de violentes douleurs au creux de l'estomac. État le 3 décembre. Douleurs constrictives à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche. Sclérotiques subictériques; prurit cutané sans ictère; apyrexie. Goître volumineux, eczéma sec des bras. Nulle part l'abdomen n'est sensible à la pression; foie non augmenté de volume. Les douleurs sourdes sont localisées dans la profondeur, dans l'étendue d'une pièce de 5 francs, immédiatement au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, en dedans de la ligne mamelonnaire; parfois il survient de véritables paroxysmes (surtout le soir et la nuit), avec irradiations en ceinture jusqu'au rachis et au-dessous de l'omoplate gauche. Urines ne contenant jamais ni sucre, ni albumine, ni matière colorante biliaire. Les selles ont toujours été normales de couleur, de forme et de consistance; elles ne renfermaient ni calculs biliaires, ni cristaux de graisse, mais des concrétions arrondies, gris clair, atteignant jusqu'à la grosseur de noyaux de cerise, ou bien leurs débris ou du gravier. Ces concrétions étaient composées d'une matière visqueuse, demi-solide, se laissant écraser avec le doigt sans se réduire en poussière, trop cohérente pour pouvoir être pétrie; sur la coupe, ces concrétions étaient blanches, d'un brillant mat et ressemblaient à un noyau de fruit, on n'y distinguait ni stratification ni noyau. Cette matière était complètement amorphe, très soluble dans le chloroforme en formant un trouble blanc; chauffées dans une éprouvette, les concrétions dégageaient une odeur fortement aromatique et laissaient comme résidu un calcul tout à fait blanc offrant les réactions du carbonate et du phosphate de chaux. J. B.

**Zur Diagnose der Pankreasteinkolik, par HOLZMANN** (*Münch. med. Woch.*, *n° 20, p. 389, 1894*).

Le diagnostic de colique pancréatique a été dédiuit des symptômes suivants : existence d'un ptyalisme qui n'était expliqué par aucune lésion gastrique, ce que prouvait l'examen direct du suc gastrique ; existence d'une melliturie, mais intermittente ; il est à noter que les accès de colique ne la provoquaient pas et que les plus violents n'étaient nullement suivis de glycosurie. Il existait de la fièvre au moment des accès. Enfin les fèces contenaient des calculs. C. LUZET.

**Untersuchungen über Dysenterie und Leberabscess, par W. KRUSE et A. PASQUALE** (*Zeitschr. f. Hyg.und Infekt.*, *XVI*, *et Hyg. Rundsch.*, *IV*, *n° 9, p. 403, 1er mai 1894*).

Résultats des recherches faites en Egypte, sur les amibes des selles normales, les amibes des selles dysentériques et les lésions constatées à l'autopsie de 10 dysentériques et de 15 malades atteints d'abcès du foie.

De même que Grassi, Kartulis, Schuberg, Kruse et Pasquale ont reconnu que les selles normales, dans les climats les plus tempérés comme dans les pays chauds, peuvent renfermer des amibes qui, morphologiquement, ne se distinguent en rien des amibes de la dysenterie ; mais les expériences sur les animaux fournissent le moyen de les différencier. Tandis que les amibes des selles dysentériques sont pathogènes pour les chats, il n'en est pas ainsi des amibes des selles normales.

Les selles dysentériques contiennent régulièrement, surtout dans leurs parties muqueuses, des amibes dont les dimensions sont extrêmement variables, de 10 μ à 50 μ ; leur corps est composé d'un protoplasma semi-consistant. Le noyau ne devient bien visible que par les réactifs ; il prend mal les matières colorantes. Ce qui caractérise les amibes, ce sont les mouvements qui se manifestent déjà à la température de 25 ou 27° C. et disparaissent au bout de 24 heures au plus.

Les selles dysentériques renferment aussi de nombreux streptocoques, quelques bacilles se rapprochant de celui d'Eberth et de rares exemplaires d'espèces non encore signalées. Les amibes se rencontrent toujours au niveau des ulcérations intestinales.

6 des 15 abcès hépatiques contenaient des amibes dans leur pus ; mais on y trouvait aussi des streptocoques, des bacilles se rapprochant de celui d'Eberth, etc. Kruse et Pasquale admettent que les amibes jouent un rôle direct dans le processus destructeur des abcès. Ils n'ont pas réussi à les cultiver.

Kruse et Pasquale concluent que les amibes sont indispensables à la genèse de la dysenterie, mais que les graves destructions du gros intestin réclament toujours le concours de bactéries qui n'ont rien de spécifique.

Ils établissent trois formes de dysenterie : 1° la dysenterie amibienne des tropiques ; 2° la dysenterie bacillaire décrite au Japon par Ogata (*R. S. M.*, XLI, 86) ; 3° la dysentérie des climats tempérés avec ses deux formes qui se combinent, la pseudomembraneuse et la catarrhale ou folliculaire. J. B.

**The frequency of renal albuminuria. par SHATTUCK** (*Boston med. surg. Journ., 21 juin 1894*).

Voici les conclusions de ce travail : l'albuminurie, démontrée par la présence dans l'urine d'albumine et de cylindres, est plus commune chez les adultes, en dehors de tout mal de Bright ou de toute autre source évidente d'irritation rénale, qu'on ne le suppose généralement ; sa fréquence augmente avec l'âge, fait qui doit être fréquemment interprété comme une indication de dégénérescence sénile ; bien que cela ne puisse être encore regardé comme absolument prouvé, il semble fort probable que de faibles doses d'albumine, que la présence de quelques cylindres hyalins finement granuleux et de petit diamètre, ne sont souvent, spécialement chez les individus ayant dépassé la cinquantaine, que d'une importance minime et sans indications pratiques. CART.

**I. — Cyclische Albuminurie und Nephritis, par E. OSWALD** (*Zeitschr. f. klin. Med., XXVI, p. 73*).

**II. — Cyclische Albuminurie, par RECKMANN** (*Jahrb. f. Kinderheilk., XXXVIII, p. 313*).

I. — O. rapporte neuf observations longuement suivies d'albuminurie cyclique. Il discute l'action si souvent invoquée des fatigues corporelles, de l'alimentation (moment de la digestion du repas), des bains froids, des émotions morales sur l'augmentation de l'albumine. Il a fait, relativement à l'influence plus certaine de la position, de nombreuses expériences. Le repos horizontal diminue toujours et supprime souvent complètement l'albuminurie. Le travail dans cette position, à moins d'être excessif, n'empêche pas cette diminution. La position assise et le travail dans cette position n'ont pas d'influence. La position debout augmente beaucoup l'albumine ainsi que le travail dans cette position. Ces deux facteurs agissent surtout dans les heures de la matinée. Les bains chauds ou froids n'avaient chez un des malades aucune influence. Toutes les recherches sur l'augmentation de l'albumine par tel ou tel facteur sont donc sans valeur si le malade n'est pas maintenu au repos horizontal.

Pour O. les cas d'albuminurie cyclique doivent toujours être rattachés à une néphrite à évolution lente. En effet, tous ses malades avaient des accidents plus ou moins intenses mais rappelant ceux de la néphrite ; ils s'amélioraient par le traitement de la néphrite, plusieurs avaient eu antérieurement une diphtérie ou une scarlatine ou une angine. Un d'entre eux avait eu une néphrite aiguë. Dans quelques cas on a trouvé des cylindres. L'absence de cylindres n'est pas d'ailleurs une preuve négative suffisante. Enfin les variations cycliques de l'albuminurie se retrouvent dans quelques cas de néphrite chronique.

II. — Conclusions identiques à celles d'Oswald. Pas d'effet des bains, d'une alimentation riche en albuminoïdes sur la quantité d'albumine. Disparition de l'albumine par le séjour au lit, augmentation par la station debout. Chez son malade, l'existence antérieure d'une diphtérie et d'une scarlatine rendait le diagnostic néphrite vraisemblable malgré l'absence de cylindres, de cellules épithéliales et de globules sanguins dans l'urine.

A.-F. PLICQUE.

**Zur Etiologie der Nephritis suppurativa, par WUNSCHHEIM** (*Prager med. Woch.*, *nos 43 et 44, 1894*).

La pyélonéphrite suppurée est, dans la grande majorité des cas, provoquée par le bacterium coli commune, dans la minorité par le proteus ou les microcoques habituels de la suppuration. Dans les cas où ces derniers microbes sont les agents de la suppuration des reins, la maladie aboutit presque toujours à la pyohémie.

Les pyélonéphrites causées par les staphylocoques et les streptocoques ne sont pas caractérisées seulement par la pyohémie concomitante, mais encore, au point de vue microscopique, par une destruction plus marquée des tissus et par l'absence de réaction locale.

Il semble que le type anatomique de la pyélonéphrite ascendante suppurée puisse être réalisé encore par un processus descendant, c'est-à-dire par le passage des microorganismes de la vessie dans les vaisseaux sanguins, qui les transportent alors dans les reins. LEFLAIVE.

**Ueber mechanische Vagusreizung beim Morbus Basedowii, par STRUBING** (*Wiener med. Presse*, *4 novembre 1894*).

Chez 4 femmes atteintes de maladie de Basedow, S. a cherché quelles étaient les conséquences de la compression du nerf vague. Chez l'une, les douleurs provoquées étaient si intenses que l'expérience ne put être poursuivie; chez une seconde, de l'anxiété précordiale survenant dès le début de la compression dénaturait l'observation ; enfin chez les 2 autres malades on notait, conjointement avec le ralentissement du pouls, de la dilatation de la pupille du côté du nerf comprimé accompagnée dans un des cas d'une réelle augmentation de la fréquence respiratoire, c'est-à-dire que sur ces deux femmes, l'excitation périphérique du vague ne provoquait pas d'autres phénomènes que ceux que l'on est habitué à rencontrer quand les sujets en expérience sont des individus sains.

S. constate que ces faits ne concordent pas avec la théorie qui veut voir dans la maladie de Basedow la conséquence d'une paralysie du nerf vague. CART.

**Le dermographisme électrique dans le goitre exophtalmique, par PEYRON et NOIR** (*Progrès méd.*, *15 septembre 1894*).

Ce phénomène consiste dans l'apparition, au niveau des points où, avec une machine statique, on fait éclater une étincelle, d'un point blanc, exsangue entourée d'une aréole rouge, assez foncée ; ces signes durent quelques minutes. Sur 30 malades soumis à l'électrisation, 2 seulement ont présenté le dermographisme, tous deux étaient atteints de la maladie de Basedow. H. L.

**Sur la nature de la maladie de Basedow, par P. MARIE** (*Mercredi méd.*, *28 février 1894*).

Bien que certains phénomènes de la maladie de Basedow puissent et même doivent être attribués à un trouble dans le fonctionnement du corps thyroïde puisqu'on les reproduit par la médication thyroïdienne, l'origine de la maladie ne se trouve pas forcément dans cet organe.

Le primum movens de la maladie de Basedow devrait être cherché

dans une affection ou tout au moins un trouble du système nerveux (grand sympathique?) ; sous l'influence de ce trouble il se produirait un fonctionnement exagéré de la glande thyroïde ayant pour résultat une hyperthyroïdation de l'organisme ; les symptômes communs à la médication thyroïdienne et à la maladie de Basedow seraient la conséquence de l'hyperthyroïdation.

L'administration du suc thyroïdien est tout à fait contre-indiquée dans le goître exophtalmique ; mais les indications du traitement chirurgical sont indéniables. LEFLAIVE.

**Ueber Thrombose der Hirnsinus bei Chlorose, par KOCKEL** (*Deut. Arch. f. klin. Med., LII, p. 557*).

Aux 15 cas déjà connus, l'auteur ajoute deux nouveaux faits, l'un chez une fille de 22 ans, chlorotique depuis longtemps ; elle sortait de l'hôpital, sur son désir, quand, en s'habillant, elle tomba sans connaissance et mourut en quelques minutes. A l'autopsie, thrombose des veines du mollet, embolie pulmonaire. L'autre chez une fille de 18 ans, chlorotique atteinte de pleurésie : thrombose de la veine cave inférieure et embolie pulmonaire. Un 3e cas, observé par Schmorle, est également relaté par lui. Il donne en outre deux cas de thrombose des sinus ; l'une s'est développée chez une fille de 19 ans, chlorotique, dans le sinus transverse gauche et ne s'est étendu que dans les derniers temps de la vie aux autres sinus crâniens. Dans le second il s'agissait d'une thrombose de la veine de Galien, qui s'était étendue rapidement. C. LUZET.

**Ueber den Salzsäuregehalt des Magensaftes bei Chlorose (De la teneur en HCl du suc gastrique dans la chlorose), par OSWALD** (*Münch. med. Woch., nos 27 et 28, p. 529 et 557, 1894*).

L'auteur a essayé le repas d'épreuve de Riegel. Il donne le résultat de 62 recherches faites sur 16 chlorotiques. Les chiffres ne portent que sur l'HCl libre et sur l'acidité totale. Les résultats, auxquels il arrive, sont les suivants : La teneur en HCl du suc gastrique dans la chlorose n'est nullement diminuée, comme on l'a souvent prétendu, mais souvent augmentée, il y a de l'hyperacidité chlorhydrique dans 95 0/0 des cas. Les troubles dypeptiques de la chlorose ne sont donc pas dus à une diminution ou à une absence d'HCl, ni à une insuffisance motrice de l'estomac ; il faut donc éviter l'emploi systématique de l'acide chlorhydrique dans tous les cas. Les théories qui font reposer la chlorose sur une diminution de l'HCl gastrique sont insoutenables. C. LUZET.

**Ueber einer Fall von Grünfarbung... (Coloration verte des selles par le bacille pyocyanique), par HUGO SALUS** (*Prager med. Woch., n° 33, 1894*).

Une femme de 26 ans, laparotomisée pour un néoplasme malin de l'ovaire, eut consécutivement une fistule stercorale s'ouvrant à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Au bout de quelque temps, malgré le pansement antiseptique, les matières stercorales prirent une coloration verte, que l'examen chimique montra n'être pas due à des sels biliaires. L'examen bactériologique et les cultures firent constater la présence d'un bacille présentant la forme et les diverses réactions du bacille pyocyanique. L'infection s'était faite probablement par l'intermédiaire du lait ingéré. LEFLAIVE.

**Contribution à l'étude du béribéri, par NEPVEU** (*Marseille médical, n° 12, p. 361, 1894*).

Le béribéri est une maladie infectieuse détruisant rapidement par la dégénérescence granulo-graisseuse les épithéliums viscéraux (foie, reins) et les muscles, spécialement le fibre cardiaque. Le poison du béribéri amène une production en masses de jeunes cellules dans le tissu conjonctif de tous les principaux organes (foie, rate, rein, moelle épinière et cerveau) et de certains nerfs, le vague en particulier.

L'évolution de ces jeunes cellules dans le tissu conjonctif n'est pas encore nettement connue; une grande partie de ces cellules peut être résorbée, une autre constitue certainement des lésions permanentes.

Ainsi le béribéri n'est pas une polynévrite, mais c'est une inflammation conjonctive interstitielle généralisée à tout l'organisme, sclérogène parfois, peu profonde et guérissable dans la plupart des cas, s'arrêtant plus volontiers sur certains viscères (foie, moelle épinière). Au point de vue étiologique le béribéri n'est probablement qu'une auto-intoxication d'origine intestinale, comme l'indique la guérison des malades pris au début par le simple changement de régime alimentaire et de milieu. LEFLAIVE.

**Die Beriberi-Krankheit, par B. SCHEUBE** (*Iéna, 1894, et Berlin. klin. Woch., n° 25, p. 586, 18 juin 1894*).

A côté des causes prédisposantes, le développement du béribéri est lié à la présence d'un agent infectieux fixé dans certaines régions et difficilement transportable ailleurs. La nature de cet agent est encore inconnue : on ne peut attacher aucune importance aux recherches bactériologiques faites jusqu'ici.

Cliniquement on peut distinguer 4 formes de béribéri : 1° la rudimentaire; 2° l'atrophique; 3° l'hydropique ou hydropico-atrophique; 4° l'aiguë et pernicieuse ou cardiaque.

Les symptômes essentiels qui, par leur mode varié de groupement, donnent naissance à chacune de ces formes, sont : 1° la paralysie de la motilité et de la sensibilité, surtout des membres inférieurs, qui s'accompagne d'une atrophie des muscles paralysés et se complique parfois aussi de phénomènes d'excitation; 2° l'affection du cœur qui se traduit par des mouvements accélérés et faibles et peut finalement entraîner la paralysie de l'organe; 3° les épanchements hydropiques; 4° la diminution de la sécrétion urinaire, sous le quadruple rapport de l'eau, de l'urée, de l'acide phosphorique et du chlorure de sodium.

La monographie de Scheube contient un index bibliographique comprenant 363 numéros. J. B.

**On the complications of scarlet fever, par F. FOORD CAIGER** (*St-Thomas's hosp. Rep., XXI, p. 109, 1893*).

Nous extrayons de ce mémoire, qui n'offre aucune donnée nouvelle, les chiffres suivants, portant sur une statistique de trois ans et comprenant 4,015 cas :

| | | |
|---|---|---|
| L'otite suppurée se rencontre dans. . . . . | 11 » | 0/0 des cas; |
| L'adénite cervicale se rencontre dans . . . . . | 8,74 | — |
| Le rhumatisme articulaire se rencontre dans. . | 4,50 | — |
| L'albuminurie simple se rencontre dans. . . . | 4,s8 | — |
| La néphrite aiguë se rencontre dans. . . . . | 3,40 | — |
| L'eczéma se rencontre dans. . . . . | 2,11 | — |
| La stomatite ulcéreuse se rencontre dans. . . | 1,96 | — |
| L'amygdalite secondaire se rencontre dans. . . | 1,64 | — |
| La bronchite se rencontre dans. . . . . | 1.12 | — |

H. R.

**Weitere sechs Fälle von Actinomycosis hominis....., par KOCH** (*Münch. med. Woch.*, *nos 8 et 9, p. 141 et 167, 1894*).

Dans l'un d'eux il s'agissait d'actinomycose de la lèvre inférieure, simulant le cancer. Dans le second d'un actinomycose de la joue droite, partie de l'apophyse alvéolaire de la mâchoire inférieure. Le troisième était remarquable par l'intensité de la contracture de la mâchoire, qui devint progressivement telle que les dents ne pouvaient plus être aucunement écartées. Le quatrième cas est le seul où l'étiologie soit quelque peu claire : la projection de débris de graminées dans la gorge a été chez le malade le point de départ d'une douleur persistante dans le cou, puis du gonflement des glandes sous-maxillaires. Dans le cinquième cas, il s'agit d'une actinomycose primitive du poumon et surtout du lobe inférieur ; d'où formation d'abcès et empyème de nécessité à la partie inférieure du thorax. Le sixième cas est celui d'une actinomycose abdominale. C. LUZET.

**La contagion du cancer, par GUELLIOT** (*8e Congrès franç. de chir., Bull. méd., 14 octobre 1894*).

De l'analyse d'une quarantaine de cas de cancer, l'auteur conclut ainsi : Les affections cancéreuses sont régulièrement réparties dans des régions voisines; ni l'hérédité ni la consanguinité ne suffisent à expliquer ces taches cancéreuses.

Il existe de véritables maisons à cancer dont les habitants sont successivement ou simultanément atteints de tumeurs malignes.

Les observations de cancer frappant deux conjoints ou deux personnes en continuelle cohabitation sont relativement fréquentes.

Sur une centaine d'observations, publiées ou inédites de ces cancers à deux, 85 fois il s'agit de cancers conjugaux; 8 fois le cancer est apparu chez des médecins soignant spécialement des cancéreux. Toutes ces observations imposent l'idée de transmission directe ou indirecte du cancer, qui évolue comme une maladie infectieuse. OZENNE.

**Cancer et viande de porc, par BAUBY** (*8e Congrès franç. de chir., Bull. méd., 14 octobre 1894*).

Suivant Bauby le porc est rarement atteint de cancer; il est surtout atteint de sarcome.

Les mangeurs de porc ne sont pas plus souvent atteints de cancer que les autres et réciproquement les cancéreux ne sont pas particulièrement des gens qui se nourrissent de porc.

Aux environs de Toulouse, on peut diviser le pays en deux régions : la région des plaines où l'on fait usage de légumes et de viande de bœuf ou

de mouton ; la région des montagnes où l'on mange beaucoup de cochon. Or le cancer est bien plus fréquent dans la plaine que dans la montagne où l'on voit très peu de néoplasmes.

Des chats, nourris exclusivement avec du porc, ont maigri et sont morts ; à l'autopsie il n'a été trouvé aucune localisation cancéreuse. OZENNE.

**On chronic peritonis, etc., par W. HERRINGHAM** (*St-Barth. hosp. Rep.*, *XXIX*, *p. 63*).

Herringham, dans ce mémoire, publie une série de cas de péritonite tuberculeuse avec ou sans ascite, les uns guéris, les autres morts. La conclusion qu'il tire de ces statistiques est que l'ascite tuberculeuse est la forme la moins grave et que le pronostic dépend à peu près exclusivement des lésions concomitantes du poumon. Le traitement le plus simple, souvent même l'expectation, suffit à guérir la tuberculose péritonéale avec ascite, surtout chez les enfants. Aussi la conclusion pratique du mémoire est que la chirurgie n'a que très rarement de motifs pour intervenir et que, dans la majeure partie des succès opératoires publiés, la guérison se serait très probablement produite aussi vite et aussi sûrement sans l'intervention chirurgicale. H. R.

**Contribution à l'étude clinique de la paralysie pseudo-hypertrophique, par Mme SACARA-TULBURE** (*Revue de méd.*, *avril et juin 1894*).

Dans ce mémoire basé sur l'observation de 9 cas de paralysie pseudo-hypertrophique, l'auteur insiste surtout sur le mécanisme de la cardose presque constante dans cette maladie, Duchenne de Boulogne et après lui la plupart des médecins l'ont attribuée à la paralysie ou plutôt à l'atrophie des muscles spinaux lombaires. Mme S... T..., au contraire, la rattache à la faiblesse des muscles extenseurs du bassin sur la cuisse, c'est-à-dire des fessiers, du biceps et du demi-membraneux. Suivant elle, les muscles spinaux lombaires se contracteraient pour remédier à cette parésie et reporter le centre de gravité en arrière. Comme preuve de son opinion Mme S... T... cite la disparition de la lordose à une période avancée de la maladie, c'est-à-dire lorsque la paralysie des muscles sacro-lombaires apparaît. A ce moment la station debout devient impossible.

L'auteur insiste encore sur la localisation de la maladie beaucoup plus fréquente d'après elle sur les muscles extenseurs que sur les muscles fléchisseurs. La cause de cette localisation, qui se retrouve d'ailleurs dans une foule de paralysies, résiderait dans la lenteur du développement des muscles extenseurs et d'autre part leur activité plus grande, le surmenage pour ainsi dire auquel ils se trouvent soumis lorsqu'ils sont développés. C. GIRAUDEAU.

---

# GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

**Zur Aetiologie und Behandlung des Pruritus vulvœ, par SCHULTZE** (*Centr. f. Gyn., n° 12, 24 mars 1894*).

Schultze n'admet pas comme Sænger (*R. S. M.*, XLIV, 558) que le prurit vulvaire soit toujours le fait d'une vulvite et il rejette le terme de vulvite prurigineuse. Il y a des cas où la vulvite ne saurait être incriminée, et d'autres où la cause du prurit reste inconnue.

Même quand il y a vulvite, il faut encore se demander si elle est cause ou effet, car cette vulvite peut être due à l'irritation produite par le grattage.

L'auteur rapporte un cas où ce cercle vicieux de prurit causant la vulvite et réciproquement était très net, et où la guérison fut amenée par une opération. Il s'agissait d'une femme de 38 ans qui souffrait de démangeaisons vulvaires depuis plusieurs années et chez laquelle les mictions étaient très longues et déterminaient une irritation très marquée de la vulve. Or, il existait chez cette femme une malformation des organes génitaux externes ; les grandes lèvres étaient soudées et recouvraient complètement le clitoris et le méat urinaire ; il existait un seul petit orifice à la partie postérieure de la vulve, par lequel s'écoulaient le sang des règles et l'urine. La séparation au bistouri des grandes lèvres et leur suture isolée suffit pour guérir la vulvite et le prurit.

Dans d'autres cas, le prurit est un phénomène d'irritation réflexe, et c'est ainsi qu'une endométrite peut en être le point de départ.

Schultze rapporte deux observations d'endométrite purulente accompagnée de prurit vulvaire. La dilatation du col avec des tiges de laminaire et l'irrigation de l'utérus avec des solutions antiseptiques amena à la fois la guérison de l'endométrite et la cessation du prurit. CH. MAYGRIER.

**Zur Behandlung der Cervicaldysmenorrhœ, par F. NOLL** (*Centr. f. Gyn., n° 21, 26 mai, 1894*).

Noll a traité cinq femmes atteintes de sténose de l'orifice interne du col par la méthode conseillée par Fritsch pour les rétrécissements de l'orifice externe. Après avoir commencé par dilater l'entrée du col avec des bougies de Hegar, il a fait sur l'orifice interne, au point atrésié, une série de petites incisions, puis a introduit dans l'ouverture le couteau du thermocautère. Le canal cervical a ensuite été tamponné à la gaze iodoformée, et les opérées ont gardé le lit six jours.

Toutes ont guéri de leur dysménorrhée à la suite de cette intervention.

CH. MAYGRIER.

**Traitement de l'ovarite simple, par POZZI** (*Congrès de Rome, Annales de gyn. mai-juin 1894*).

L'ignipuncture est supérieure à la castration ; on ne doit la pratiquer que lorsqu'on s'est assuré par le cathétérisme de la perméabilité des trompes.

Dans l'ovarite scléro-micro-kystique, il faut brûler avec la pointe du thermocautère chacun des kystes, généralement au nombre de 8 à 10 à chaque ovaire.

Dans l'ovarite diffuse ou œdémateuse, la cautérisation doit être modificatrice plutôt qu'évacuatrice. Il faudra larder avec le petit couteau étroit du thermocautère qu'on enfoncera hardiment une douzaine de fois à une profondeur de 1 à 2 centimètres. Dans l'ovarite mégalo-kystique, il faut ouvrir et reséquer la partie saillante des kystes, on en grattera, s'il y a lieu, la pulpe qu'il contient et on cautérisera fortement la portion qui reste adhérente à l'ovaire.

Cette opération est absolument bénigne. Aussi bien et même mieux que la castration, elle supprime les douleurs abdominales et la dysménorrhée. Les règles se maintiennent et une grossesse ultérieure est possible. L'auteur l'a observée dans l'une de ses opérations. PORAK.

**Cloisonnement transversal du vagin, par VERCHÈRE** (*Archives de tocol., juin 1894*).

2 cas de cloisonnement congénital du vagin, l'un situé à 3 centimètres, l'autre à 6 centimètres de l'orifice vulvaire. Dans les 2 cas on trouvait en avant deux petits orifices perméables au stylet de trousse faisant communiquer la cavité vaginale supérieure avec le conduit vaginal inférieur. D'une critique anatomique de ces cas, l'auteur conclut que ces cloisonnements ne sont pas des hymens doubles, mais qu'ils appartiennent à une anomalie du développement des canaux de Muller. PORAK.

**De l'hématocolpos et de son traitement, par HEYDENREICH** (*Archives de tocol., juin 1894*).

2 observations intéressantes d'hématocolpos. Dans l'une, il était dû à un cloisonnement congénital du vagin, dans l'autre à l'atrésie du vagin secondaire à un accouchement très difficile.

L'auteur insiste avec soin sur les précautions opératoires qu'il est nécessaire de prendre pour éviter les redoutables complications de l'intervention dans ces cas : l'hémorragie intra-péritonéale due suivant lui non pas au reflux du sang à travers les trompes, mais à la déchirure d'adhérences vasculaires ; l'infection septique. Dans le cas d'atrésie cicatricielle. l'opération est très délicate ; H. conseille de cotoyer le rectum sur un doigt indiquant bien le chemin à suivre et permettant d'éviter les lésions de l'intestin. Il reconnaît que dans un certain nombre de cas, on n'arrive pas à atteindre la tumeur sanguine et qu'alors on se trouve dans l'obligation de pratiquer l'enlèvement des ovaires et de provoquer ainsi une ménopause prématurée. PORAK.

**A case of didelphic uterus with lateral hematocolpos....., par WERDER** (*Journal of the Amer. med. Ass., 11 août 1894*).

La malade est une jeune fille de 18 ans dont l'histoire clinique et l'anatomie pelvienne anormale révélée par la laparotomie sont données ici très en détail à cause de la rareté de l'anomalie qui peut se résumer en ces mots : 2 utérus absolument distincts, sans paroi commune, sans connexion, pourvus chacun d'une trompe et d'un ovaire, soit 2 utérus complets, unicornes avec un vagin complet pour l'utérus droit et un vagin sous forme d'un très étroit canal pour

l'utérus gauche. Les diagnostics divers compris dans le titre de ce travail sont des diagnostics établis par la laparotomie. Guérison des diverses interventions. CART.

**Traitement des prolapsus génitaux, par CHAPUT** (*Archives de tocol., mars 1894*).

C. a opéré 18 malades qui lui ont fourni les résultats suivants. Il a recouru 7 fois à la colporraphie, 4 fois à la colpopérinéorraphie avec colporraphie antérieure avec ou sans amputation du col. Les résultats n'ont pas été constamment satisfaisants. Dans un cas, le prolapsus s'est reproduit et le col utérin s'est étranglé à la vulve trop étroite. L'opération est bonne dans les prolapsus légers. Dans 2 cas d'hystéropexie, il a vu l'allongement hypertrophique de l'utérus consécutif. L'utérus mesurait 18 à 20 centimètres. Il considère cette opération comme rationnelle. Dans 5 cas d'hystérectomie, le résultat a été remarquable. Mais c'est une opération grave. Il y eut 1 fois mort par hémorragie consécutive. Le résultat n'est satisfaisant qu'à condition de résèquer le vagin en prolapsus et de pratiquer, s'il y a lieu, une colpopérinéorraphie postérieure. C'est une opération longue et fournissant une grande quantité de sang. Elle expose, en outre des hémorragies, à la blessure de la vessie (Le Dentu), au choc (5 cas de mort sur 55, Hartmann). Elle supprime la cavité vaginale qui ne mesure plus que 2 centimètres.

C. préfère de beaucoup à l'hystérectomie vaginale totale l'extirpation supra-vaginale élevée du col avec résection large du vagin et colporraphie antérieure et postérieure. Cette opération est tout aussi efficace et plus bénigne que l'hystérectomie totale. PORAK.

**I. — Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement du prolapsus génital chez les femmes âgées, par M. GUILLION** (*Thèse de Paris, 1894*).

**II. — De l'hystérectomie vaginale totale dans quelques cas de prolapsus utérin, par J. BELLICAUD** (*Ibid.*).

**III. — Le prolapsus utérin et l'hystérectomie vaginale, par A. PRIEUR** (*Ibid.*).

**IV. — Du traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale, par E. LECOMPTE** (*Ibid.*).

**V. — Hystérectomie vaginale contre le prolapsus des organes génitaux, par G. ZOLOTNITSKY** (*Ibid.*).

I. — Travail consacré à montrer que, chez les femmes âgées, le prolapsus de l'utérus est rarement isolé ; on a ordinairement affaire à un prolapsus total, un prolapsus génital, résultant de l'insuffisance de l'appareil de soutènement des organes génitaux internes. Dans ces conditions ce n'est pas la fixation de l'utérus par en haut qu'il faut rechercher, mais la restauration solide du plancher pelvien. On l'obtient par l'élytrorraphie et la colpopérinéorraphie, opérations qui donnent d'excellents résultats opératoires et durables, à la condition qu'elles soient pratiquées très largement. Exceptionnellement on aura recours à l'hystérectomie vaginale.

II. — Bellicaud estime que, dans un certain nombre de cas de prolapsus des organes génitaux, les opérations faites sur le vagin sont impuissantes à les corriger. C'est à l'hystérectomie qu'il faut s'adresser. Ainsi elle devra être pratiquée toutes les fois que l'utérus prolabé est porteur de

quelque néoplasme ; chez les femmes âgées, qui ont atteint ou dépassé l'âge de la ménopause, il la regarde comme l'opération de choix. Dans ces différents cas on lui associera les opérations plastiques vagino-périnéales, nécessitées suivant les circonstances, car l'hystérectomie seule ne répondrait pas ainsi à toutes les indications. Chez les jeunes femmes elle doit être proscrite et remplacée par une intervention conservatrice.

III et IV. — Dans ces deux travaux les auteurs ne se déclarent partisans de l'hystérectomie qu'à titre exceptionnel, étant donnés la gravité relative de l'opération et les bons résultats que donnent d'autres méthodes de traitement. Toutefois ils considèrent qu'elle est indiquée dans les cas de néoplasmes utérins, de lésions inflammatoires des annexes, d'irréductibilité absolue de l'organe. De même elle devra être conseillée, si le système de soutènement pelvien est insuffisant et si l'opération paraît plus facilement applicable qu'une association ou une succession d'autres procédés. En règle générale il est nécessaire de compléter l'opération par une intervention secondaire s'adressant au plancher périnéal ou vaginal.

Comme contre-indications formelles, il faut citer l'âge de la malade (non arrivée à la ménopause) et la présence d'une lésion organique quelconque. Dans ce cas, les moyens palliatifs ordinaires seront seuls mis en pratique contre le prolapsus.

V. — L'hystérectomie contre le prolapsus, qui, dans l'antiquité était déjà employée, n'a été méthodiquement appliquée que depuis quelques années. A moins de circonstances particulières on doit, dans la même séance, pratiquer les opérations plastiques complémentaires.

La mortalité brute de l'hystérectomie, d'après l'étude de près de 300 cas, est de 7 0/0 ; sa mortalité réelle, due à l'opération elle-même est de 2 à 3 0/0. En ce qui concerne les résultats (hystérectomie seule ou associée aux opérations plastiques) on note que les récidives sont indiquées dans 27 0/0 des cas. Ce n'est donc en aucune façon une opération de choix et on doit la réserver pour les cas où elle s'impose d'une manière absolue. OZENNE.

**Prolapsus génital total; nouveau procédé opératoire; colpostricture; pessaires multiples, par JACOBS** (*La Policl., Bruxelles, 15 août 1894*).

Ce procédé opératoire, que Jacobs a mis en pratique avec succès sur 4 femmes, s'exécute ainsi : au pourtour de la cicatrice linéaire de la voûte vaginale, on conduit, au moyen d'une aiguille courbe ordinaire, un crin de Florence sous la muqueuse, absolument comme un lacet en coulisse vient fermer une blague à tabac, les points d'entrée et de sortie du fil étant voisins l'un de l'autre. On serre ce fil par un nœud ordinaire et on constate immédiatement une certaine diminution du degré de laxité des parois du vagin.

On place ensuite un second fil, un centimètre et demi environ plus bas, que l'on conduit sous la muqueuse en suivant une ligne circulaire, perpendiculaire à l'axe vaginal. De place en place on laisse ressortir l'aiguille conductrice, mais toujours les points d'entrée et de sortie étant voisins l'un de l'autre. Ce deuxième *pessaire* serré on en place un troisième, si nécessaire, à 3 centimètres de la vulve.

Si la femme est jeune, on place et serre le premier fil comme il vient d'être dit ; quand aux fils antérieurs on les serre sur un gros dilatateur de Hegar, que l'on retire ensuite. Il persiste ainsi dans le vagin un conduit suffisamment large pour la copulation. OZENNE.

**Des rétrodéviations de l'utérus, par VANDERHAGEN** (*Thèse de Paris, 1894*).

L'auteur sépare l'étiologie des rétrodéviations mobiles de celles des rétrodéviations adhérentes et pour ces dernières montre que souvent l'origine inflammatoire ne peut pas être établie cliniquement. L'anatomie pathologique, la symptomatologie et le traitement s'inspirent de l'importance accordée aux adhérences péri-utérines. Le traitement est surtout étudié avec un grand soin et un grand développement. Les opérations si nombreuses préconisées contre les rétrodéviations sont tour à tour étudiées. V. apporte 14 observations inédites appartenant à Boisleux d'une opération que celui-ci a appelé l'élytrotomie interligamentaire. Elle consiste à détruire les adhérences du cul-de-sac postérieur et des annexes à l'aide d'un doigt introduit à travers le cul-de-sac postérieur à la faveur d'une incision verticale de ce cul-de-sac, ménageant par conséquent les ligaments utéro-sacrés. On établit pendant quelque temps le drainage de Douglas à l'aide d'un tube en croix. Par la suite, on maintient les réductions de l'utérus par le massage ou tout autre procédé. La thèse de Vanderhagen est très étendue et très documentée. A l'occasion de chaque chapitre, on trouve des indications bibliographiques très nombreuses.

PORAK.

**Hystéropexie, par LAROYENNE** (*Arch. de tocol., mars 1894*).

L'opération est indiquée non seulement dans la rétrodéviation, mais encore dans les antéflexions douloureuses.

Il est utile de dilater et de cureter l'utérus tout d'abord ; on introduit ensuite dans sa cavité un hystéromètre volumineux. Celui-ci permet d'appliquer immédiatement le corps de l'utérus au niveau de l'incision abdominale qui reste ainsi aussitôt oblitérée quoique ouverte. Cette manœuvre éloigne tout risque d'infection. On suture ensuite suivant des préceptes sur lesquels insiste l'opérateur. PORAK.

**De l'hystérectomie vaginale après l'hystéropexie abdominale, par JACOBS** (*La Policlin. Bruxelles, 15 décembre 1893*).

Jacobs a été appelé à enlever deux fois l'utérus dans ces circonstances. Chez la première malade l'hystéropexie avait été pratiquée 6 mois auparavant. L'utérus était rattaché à la paroi abdominale par un pédicule fibro-musculeux long de 6 centimètres, qui fut sectionné au thermocautère au ras de l'utérus. Des adhérences s'étant produites entre l'intestin et la surface cruentée du pédicule on fut forcé 12 jours plus tard de faire la cœliotomie pour enlever ce pédicule. Mort le surlendemain de complications rénales.

Dans le second cas, l'hystéropexie datait de 5 mois et l'adhérence de l'utérus était restée sessile. Aussi, pour la détruire, Jacobs après avoir terminé le premier temps de l'hystérectomie vaginale, a-t-il fait immédiatement la cœliotomie : puis, la plaie abdominale fermée, il a rapidement enlevé l'utérus. Guérison. OZENNE.

**De l'hystéropexie comme traitement de l'antéflexion utérine, par CONDAMIN** (*Mercredi méd.*, *16 mai 1894*).

Condamin a appliqué deux fois l'hystéropexie contre l'antéflexion de l'utérus. Dans l'un de ces cas il s'agissait d'une multipare, dysménorréique, présentant de vives douleurs pelviennes et de l'annexite gauche. L'opération faite, l'antéro-courbure a été corrigée, et les douleurs ont disparu. La malade n'a pas été suivie.

Le second fait a rapport également à une jeune femme se plaignant des mêmes accidents. Même opération et même résultat constaté au bout d'un mois. OZENNE.

**Hystéropexie vaginale antérieure dans le traitement des rétrodéviations utérines, par PICHEVIN** (*Bulletin Acad. de méd.*, *22 mai 1894*).

Pichevin propose d'exécuter l'hystéropexie de la manière suivante : une incision est tracée depuis le tubercule antérieur du vagin jusqu'à l'insertion cervicale de sa paroi antérieure ; la vessie est disséquée et la face antérieure du corps de l'utérus est renversée en bas et en avant. Cela fait, une première aiguille chargée d'un fil de soie est introduite dans la paroi vaginale, le plus près possible de l'angle antérieur de l'incision ; continuant son chemin, cette aiguille pénètre dans le tissu utérin le plus près possible du fond, à 7 millimètres à gauche de la ligne médiane, chemine transversalement dans le tissu utérin à 5 millimètres de profondeur et en sort à droite, à 7 millimètres de la ligne médiane. Elle termine son parcours en perforant la paroi vaginale, de la profondeur vers la surface, à 1 centimètre à droite du bord de l'incision médiane. Deux ou trois autres fils sont passés de la même façon d'avant en arrière. S'il est nécessaire, on associe à cette opération le curetage et la colporraphie. OZENNE.

**De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des lésions bilatérales des annexes de l'utérus, par E. BAUDRON** (*Thèse de Paris*, *1894*).

Ce travail, basé sur l'analyse de 200 hystérectomies vaginales, est consacré à défendre l'opportunité de cette opération dans les cas de lésions bilatérales des annexes de l'utérus. L'auteur débute par un historique détaillé, dans lequel il est établi que c'est à Péan que revient la conception de cette castration totale ; Segond en a été le premier vulgarisateur.

Quatre procédés principaux peuvent être appliqués pour exécuter l'opération. Ce sont les procédés de Péan, Segond, Müller-Quénu et Doyen, à la technique desquels Chaput a proposé d'ajouter le débridement de la vulve et le drainage abdomino-vaginal. Ces modifications pourront être parfois de quelque utilité, mais en général, ces manœuvres ne devront être appliquées qu'exceptionnellement.

L'hystérectomie vaginale doit être l'opération de choix dans les suppurations pelviennes graves soit par l'étendue et l'ancienneté des lésions, soit par la coexistence de fistules viscérales, soit par la septicité particulière du pus. En effet, dit l'auteur, les résultats immédiats sont merveilleux pour les lésions annexielles non suppurées : 82 cas, 82 guérisons ; parfaits pour les suppurations enkystées de l'ovaire et de la

trompe : 77 cas et 3 morts, dont 2 morts opératoires seulement, soit 2,58 0/0 ; très satisfaisants pour les suppurations péri-utérines graves, puisque 37 cas suivis de 10 morts n'ont, en réalité, donné que 3 morts opératoires, soit 8,18 0/0. Quant aux résultats éloignés, Baudron signale la persistance de la guérison dans 90 à 92 0/0 des cas.

Comparée à la laparotomie, l'hystérectomie, outre qu'elle donne une guérison immédiate aussi fréquente, est suivie d'une guérison thérapeutique plus parfaite, puisqu'il n'y a pas de cicatrice abdominale. Ainsi il en est dans les lésions annexielles suppurées, haut situées ou non. S'il n'y a pas de suppuration, l'hystérectomie est tout aussi indiquée, puisque la mortalité est nulle et les résultats parfaits. En ce qui concerne son application aux névralgies pelviennes et à la grossesse ectopique, aucun jugement ne peut, à l'heure actuelle, être nettement formulé.

Les principales contre-indications de l'opération sont l'unilatéralité des lésions annexielles et les suppurations puerpérales d'origine récente.

OZENNE.

**L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses, par G. RICHELOT** (*Un vol. in-8°, Paris, 1894*).

Ce livre n'est pas, comme l'auteur prend soin de nous en prévenir, une histoire complète de l'hystérectomie vaginale, mais un exposé pur et simple de sa pratique pendant cinq années. Précis et concis, il est d'une lecture facile et agréable et dans l'exposé et la discussion des faits aussi bien que dans l'énoncé des résultats on reconnaît une œuvre vraiment personnelle. Succès et insuccès sont soumis à la critique et à la discussion avec un esprit de justesse et de franchise bien propre à recommander la lecture de cet ouvrage, dont 274 observations constituent la base.

Dans la première partie Richelot traite de l'hystérectomie appliquée au cancer et, après avoir établi un parallèle entre les amputations sus et sous-vaginales et l'ablation utérine il prouve que l'on doit donner la préférence à cette dernière. En effet, sur 38 opérées, voici les résultats qu'il a obtenus : 10 fois le cancer a continué sans interruption ; 11 fois il y a eu récidive à une époque variant entre 5 mois et 5 ans et demi. Enfin il compte actuellement 17 malades vivantes et sans récidives, les opérations remontant à une date comprise entre 2 mois et demi et 7 ans.

Dans le chapitre qui suit, se trouve l'étude de l'hystérectomie faite pour lésions inflammatoires des annexes suppurées et non suppurées, rétroversions compliquées, névralgies rebelles, prolapsus et fibromes utérins. Tout en s'élevant contre l'abus des opérations, tout en flétrissant la conduite de ceux qui opèrent sans examen suffisant de la maladie et sans souci de la malade, l'auteur estime que l'intervention est souvent la seule chance de salut. Le fait n'est pas discutable pour les suppurations complexes contre lesquelles la laparotomie donne de moins bons résultats ; de même dans un certain nombre de cas de fibromes utérins, elle doit être préférée à cette dernière. En ce qui concerne les lésions énucléables, les lésions unilatérales, si la femme est jeune, l'ablation par la voie abdominale ne peut être mise en discussion.

Richelot aborde ensuite la question des grandes névralgies pelviennes, à l'occasion desquelles il étudie, en médecin instruit, plusieurs points de

pathologie générale et en tire des conclusions propres à légitimer l'hystérectomie vaginale en pareil cas. Actuellement il nous semble prématuré de porter un jugement définitif ; de l'avenir attendons de plus nombreux faits pour juger l'intervention contre ces névralgies rebelles.

Enfin quelques pages sur l'ablation de l'utérus dans les cas de prolapsus précèdent la dernière partie de l'ouvrage, dans laquelle l'auteur expose avec beaucoup de clarté la technique opératoire variable, suivant que l'on opère des utérus mobiles, des utérus adhérents ou des utérus fibromateux. OZENNE.

**L'hystérectomie vaginale dans les tumeurs solides ou kystiques de l'ovaire, par SEGOND** (*8e Congrès franç. de chir., Bull. méd., 21 octobre 1894*).

Segond, rappelant qu'aucun travail d'ensemble n'a encore été fait sur ce sujet, mentionne 11 opérations de ce genre faites par lui dans ces conditions. Toutes les opérées ont guéri et actuellement se portent bien.

Cette intervention, qui est discutable en cas de tumeur unilatérale, est parfaitement indiquée si des lésions siègent des deux côtés : elle ne doit être pratiquée que si la tumeur ne dépasse pas l'ombilic. En règle générale elle est facile et bénigne, soit que l'ablation de l'utérus suive ou précède celle de la tumeur. OZENNE.

**De la péritonisation des pédicules intra-abdominaux, par CONDAMIN** (*Archives de tocol., juin 1894*).

On désigne sous ce nom l'opération qui consiste à laisser après l'ablation des tumeurs abdominales au niveau des pédicules une collerette du péritoine qu'on adosse à lui-même. On le fait déjà ordinairement dans le cas de gros pédicules en évidant leurs parties centrales. Le point particulier de la communication de l'auteur qui a trait à la pratique de Laroyenne, est la généralisation de ce procédé à toute opération abdominale. On évite ainsi les adhérences des pédicules à l'intestin et de ce fait on se met à l'abri des étranglements, conséquence possible de ces opérations. On évite enfin la transsudation de liquides dans le péritoine.

Lorsque la péritonisation des pédicules intra-abdominaux n'est pas possible, il faut toujours employer le tamponnement par le procédé de Mickulicz. PORAK.

**Une série de kystes déhiscents de l'ovaire, par J. MASSON** (*Archives de tocol., juin 1894*).

5 observations de kystes multiloculaires de l'ovaire présentant tous la même complication de torsion du pédicule ayant eu comme conséquence la déhiscence d'un ou de plusieurs kystes ou le sphacèle d'une partie de leur paroi. L'épanchement du liquide kystique dans l'abdomen a eu comme résultat l'augmentation rapide du volume du ventre, les vomissements et la diarrhée, la diminution du volume du ventre après la diarrhée. Ces observations proviennent du service de Guermonprez. Cet opérateur affirme que la symptomatologie indiquée provient bien de la déhiscence du kyste ovarien, car il a pu la reproduire par des expériences sur les animaux.

L'ovariotomie s'impose dans ces cas et elle a d'autant plus de chances

de succès qu'elle est entreprise plus tôt. Sur ces 5 opérations, 2 décès, l'un d'eux par choc opératoire (ovariotomie double et hystérectomie totale), l'autre par l'infection préexistante à l'opération et déterminée par la gangrène d'un fibrome utérin. Dans un des cas, la rupture de kyste a été particulièrement bénigne, dans un autre, il s'est produit un pertuis ombilical par où s'était établi un écoulement de liquides. PORAK.

**Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme, par A. DERMIGNY** (*Thèse de Paris, 1894*).

Il est relativement fréquent d'observer des kystes hydatiques dans le cul-de-sac de Douglas chez la femme. Sur un total de 49 cas Dermigny constate que le kyste s'est localisé 21 fois dans cette région.

Lorsqu'il s'agit de kystes primitifs intra-pelviens, les seuls qui offrent quelques particularités relativement à leur siège et à leur pathogénie, il est démontré que les échinocoques occupent tout d'abord le tissu cellulaire placé au-dessous du cul-de-sac de Douglas. Par quelle voie y arrivent-ils ? C'est encore une inconnue, aucune démonstration irréfutable n'ayant été fournie à l'égard de l'une ou l'autre des trois voies suivantes, voies vaginale, circulatoire et rectale.

Ils se développent ordinairement vers deux directions : ou ils gagnent les parties latérales de l'excavation pelvienne, en dédoublant les ligaments larges ; ou ils s'insinuent entre le rectum et l'utérus, en effaçant le cul-de-sac de Douglas. Par suite de leur développement ils peuvent donner lieu à des phénomènes de compression ; ils constituent des tumeurs, sans signes propres à en révéler la nature exacte.

Le traitement, qui leur est applicable, doit varier suivant les cas : sont-ils suppurés, ils seront traités comme toute suppuration pelvienne. Si le kyste est de petit volume et limité au cul-de-sac de Douglas une ponction et une injection modificatrice peuvent le faire disparaître ; s'il est volumineux, la laparotomie sera tentée ; mais, à cause des adhérences avec les organes pelviens, l'extirpation de la tumeur ne peut souvent être faite qu'incomplètement. OZENNE.

**Three years' experience with the electrical treatment of fibroid tumors of the uterus, par BURRAGE** (*Amer. Journ. of obst., mars 1894*).

Burrage a eu occasion de traiter 44 fois des fibromes par l'électricité. Après avoir résumé ses observations dans des tableaux, il conclut ainsi :

1° L'hystérectomie est contre-indiquée dans la majorité des cas à cause de sa grande mortalité, et parce qu'elle stérilise les malades ; considération surtout importante chez les jeunes femmes ;

2° L'électricité est le meilleur agent thérapeutique pour combattre les douleurs, les hémorragies et pour relever les forces affaiblies ;

3° Le galvanisme intra-utérin est préférable ;

4° Il ne faut pas compter sur une diminution persistante de la tumeur ;

5° Le galvanisme vaginal, intra-utérin, ou par ponction ne cause ni abcès ni adhérences ;

6° Le galvanisme n'est d'aucun secours pour diagnostiquer la présence du pus ;

7° Le traitement électrique d'après la méthode d'Apostoli est d'une sécurité absolue ;

8° Toute tumeur fibreuse mérite d'être surveillée soigneusement par le médecin, à cause des dangers de dégénérescence maligne, d'affection rénale par compression des uretères, d'accidents pendant la grossesse, à cause aussi des douleurs, des hémorragies et des troubles nerveux qu'elle peut occasionner. CH. MAYGRIER.

**Eine neue Vereinfachung der Stumpfbehandlung bei der Myomektomie. (Un nouveau mode de traitement du pédicule dans la myomectomie), par P. ZWEIFEL** (*Centr. f. Gyn.*, *n° 14*, *7 avril 1894*).

Le procédé de Zweifel consiste essentiellement à tailler sur la face antérieure de l'utérus et à rabattre un large lambeau péritonéal qui va transversalement d'un ligament large à l'autre et descend jusqu'à la vessie, les ligaments larges ont été préalablement ligaturés et sectionnés. Une fois ce lambeau décollé et rabattu, on suture le col d'avant en arrière dans toute sa longueur en le traversant à plusieurs reprises avec le même fil ; puis, on enlève l'utérus et la tumeur au-dessus des ligatures, sans une goutte de sang. On termine l'opération en recouvrant le moignon avec le lambeau péritonéal et en suturant ce lambeau au péritoine de la face postérieure du col à l'aide de points séparés au catgut.

Zweifel a exécuté par cette méthode 92 myomohystérectomies et 2 myomotomies. Il a perdu seulement 3 opérées ; mortalité : 3,2 0/0.

Dans un cas où la mort a eu lieu par occlusion intestinale quatre jours après l'opération, l'autopsie a permis de constater le parfait état du moignon. A l'œil nu, la réunion était complète, et au microscope les fibres musculaires arrivaient au contact les unes des autres, séparées seulement par endroits par quelques globules rouges. CH. MAYGRIER.

**Zur Unterbindung der Vasa uterina bei Myom (De la ligature des vaisseaux utérins dans les myomes), par RYDIGIER** (*Centr. f. Gyn.*, *n° 13*, *31 mars 1894*).

Rydigier a pratiqué, en 1891, chez une femme atteinte de myome utérin et ayant des hémorragies profuses la ligature intra-péritonéale des deux artères utéro-ovariennes, des deux artères utérines et des deux artères des ligaments ronds. Les hémorragies s'arrêtèrent ; mais dix mois plus tard elles reparurent ; la tumeur avait aussi augmenté, et la malade tomba dans une anémie telle qu'on ne put songer à une nouvelle intervention et qu'elle succomba.

Cette observation démontre que la ligature des vaisseaux utérins n'amène pas la cessation des pertes d'une façon définitive. La circulation peut se rétablir par des voies collatérales, et de nouvelles hémorragies peuvent en résulter ultérieurement.

La ligature des artères de l'utérus est cependant indiquée dans certains cas, comme dans les fibromes interstitiels peu volumineux, ou lorsque des hémorragies antérieures ont affaibli les malades et que tout autre intervention plus grave est contre-indiquée. CH. MAYGRIER.

**Mastdarmverschluss durch Einkeilung des Uterus myomatosus..... (Occlusion intestinale par enclavement de l'utérus myomateux ou puerpéral après la laparotomie), par F.-C. KEHRER** (*Centr. f. Gyn.*, *n° 22*, *2 juin 1894*).

Kehrer rapporte deux observations d'occlusion intestinale causée après la laparotomie, par la compression de l'utérus hypertrophié sur le rectum.

Dans la première, il s'agit d'une femme chez laquelle l'hystérectomie abdominale projetée pour un fibrome volumineux ne put être pratiquée à cause de l'immobilisation de la tumeur dans le bassin ; on dut se borner à la castration. Dès le 3e jour survinrent des phénomènes d'obstruction intestinale, et la malade succomba le 6e jour, malgré l'établissement d'un anus artificiel. A l'autopsie, on trouva le rectum comprimé par le fibrome, au point que sa lumière n'admettait pas l'extrémité du doigt.

Le deuxième cas se rapporte à une femme ostéo-malacique, en travail, chez laquelle l'opération césarienne fut pratiquée et permit d'extraire un enfant vivant. Deux jours après l'opération, il apparut des signes d'obstruction intestinale, et la mort eut lieu deux jours après ; comme dans le cas précédent, la nécropsie démontra une compression du rectum par l'utérus puerpéral.

Le mécanisme de cette occlusion intestinale s'explique pour l'auteur par ce fait que l'utérus diminué de volume après l'opération peut descendre dans l'excavation et oblitérer par compression le gros intestin. Aussi recommande-t-il, du moins en ce qui concerne les fibromes de la paroi postérieure de l'utérus, de ne jamais faire la castration, mais bien la myomectomie ou l'amputation supra-vaginale. CH. MAYGRIER.

**Ligation of the base of the broad ligaments, par GOELET** (*Amer. med.-surg. Bull., 1er juin 1894*).

L'angéiologie des régions utérine et vaginale ainsi que des ligaments larges a suggéré à Martin (de Chicago) l'idée de lier l'artère utérine au travers d'une incision faite dans les parois vaginales dans les cas de fibromes de l'utérus.

Dans cet article, Goelet reprend l'étude de la question, décrit la technique de l'opération et de son expérience personnelle tire des conclusions très en faveur de cette intervention. CART.

**Observation de déciduome malin, par JEANNEL** (*8e Congrès franç. de chir., Bull. méd., 21 octobre 1894*).

Femme de 26 ans ; avortement suivi d'hémorragies difficiles à arrêter. 5 mois après on sentait, au-dessus du pubis, une tumeur dure, multilobée, Hystérectomie vaginale ; l'utérus était constitué par un magma mollasse qui n'était autre que du tissu placentaire. Le déciduome malin avait ulcéré en cratère la paroi utérine. OZENNE.

**Une forme nouvelle de cancer utérin, par CONDAMIN** (*8e Congrès franç. de chir. Bull. méd., 21 octobre 1894*).

Ce cancer, cancer diffluent à cellules musculaires embryonnaires, se développe primitivement dans le tissu musculaire. L'utérus augmente de volume et se ramollit. La muqueuse reste longtemps saine. Par erreur de diagnostic (hématocèle supposée) l'un de ces cancers a été incisé ; il en est sorti du suc avec des fragments charnus, qui ont été reconnus formés de cellules embryonnaires. Condamin en a observé 2 cas dont la marche fatale a été très rapide. OZENNE.

**Nouveaux documents pour l'étude des effets de la castration ovarique et utéro-ovarique sur l'ostéomalacie, par POZZI** (*Congrès de Rome, Annales de gyn., mai-juin 1894*).

Faisant abstraction des opérations de Porro, l'auteur a pratiqué contre l'ostréomalacie 5 fois une simple ovaro-salpingotomie, 1 fois l'ovaro-hystérectomie. 1 fois inutilement une ovaro-salpingotomie et avec succès une hystérectomie totale.

Il fait une étude très détaillée de la question et il conclut que la castration utéro-ovarique totale est préférable à la simple extirpation des ovaires, du moins chez les femmes qui peuvent supporter cette opération plus grave. Il montre, en effet, les insuccès reconnus de la castration employée seule. PORAK.

**Contribution à l'étude de l'emphysème sous-cutané chez les femmes en couches, par ROCH** (*Thèse de Paris, 1894*).

L'auteur donne la relation de trois observations inédites d'emphysème sous-cutané. Tantôt brusquement pendant les efforts d'expulsion de l'accouchement avec la sensation d'un craquement au cou, tantôt, sans douleur, se produit une tumeur au niveau du cou, unilatérale, ou limitée s'étendant jusqu'à la face et jusqu'à l'œil.

Ordinairement ces tumeurs n'ont aucune gravité et disparaissent au bout de quelques jours. L'air provient, bien entendu, des voies aériennes, très rarement de la trachée et des bronches, plus communément du poumon lui-même. L'étiologie échappe dans les observations publiées par l'auteur.

C'est un accident très rare, et la violence même des efforts expulsifs ne suffit pas à elle seule à en donner une explication plausible. Le pronostic est dans la grande majorité des cas très bénin. PORAK.

**Puerpéralité et microbisme préexistant, par PRIOLEAU** (*Archives de tocol., janvier 1894*).

On connaît bien les cas d'accidents septiques survenant chez une nouvelle accouchée alors que cohabite avec elle un sujet atteint d'érysipèle. L'auteur en publie un cas. Mais son interprétation que l'infection provient de ce que les injections vaginales n'étaient pas bien expurgées d'air ne peut pas être admise sans les plus expresses réserves. Les observations de fièvre puerpérale liée à des lésions inflammatoires des annexes, ovarite ou salpingite purulente, blennorragie antérieure, coexistence avec l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, offrent une grande probabilité d'un microbisme préexistant, mais pas une preuve incontestable. Les cas d'infections par le staphylocoque, le bacille coli, la bactérie de Clado, le pneumocoque de Netter, sont bien établis. La coexistence des germes, l'existence de l'un favorisant l'action nocive d'un autre sont admis. Telle l'observation se rapportant à une femme atteinte de fièvre typhoïde, accouchant prématurément au 12e jour de cette maladie, qui, trois jours après son accouchement présenta des accidents de péritonite aiguë à laquelle elle succomba. PORAK.

**Supravaginal Amputation des septischen puerperalen Uterus, par A. SIPPEL** (*Centr. f. Gyn., n° 28, 14 juillet 1894*).

Femme tertipare, accouchée spontanément ; la délivrance n'ayant pas lieu, et une hémorragie survenant, la sage-femme fait venir un médecin qui pratique la délivrance artificielle. Accidents septiques et hémorragie nouvelle au bout de 10 jours. Un autre médecin appelé trouve dans la cavité utérine un fragment de placenta fétide qu'il extrait. Les phénomènes fébriles persistent.

Sippel voit la malade et la trouve profondément anémiée, présentant tous les signes de l'infection septique. Malgré les injections intra-utérines et le tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée, l'état général restant très grave, il estime qu'il n'y a de chance de salut pour la malade que dans l'ablation de l'utérus.

L'opération est pratiquée comme un Porro. Après ouverture du ventre, l'utérus est amené au dehors et sectionné au niveau du col. Le pédicule est fixé dans la plaie abdominale.

La malade continua à avoir de la fièvre pendant quelques jours, puis son état s'améliora, et au bout de six semaines, elle était guérie.

Cette observation est la première de ce genre, selon l'auteur. Il conclut que lorsque l'infection est exclusivement localisée à l'utérus, par suite de rétention de débris placentaires, et quand tous les modes habituels de traitement ont échoué, il faut pratiquer l'ablation de l'utérus, qui seule peut alors sauver les malades. CH. MAYGRIER.

**Des applications de forceps au détroit supérieur, par BUDIN** (*Archives de tocol. juillet 1894*).

Après avoir étudié dans tous ses détails et avec une grande clarté d'exposition le mécanisme du dégagement de la tête au détroit supérieur rétréci, B. se déclare partisan de l'application du forceps dans un grand nombre de cas répondant à ce mécanisme du passage de la tête. Il se montre résolument convaincu de la supériorité des applications obliques. Les applications transverses ont tendance à augmenter le diamètre de la tête. Dans le sens du rétrécissement, les applications antéro-postérieures sont dangereuses. Il appuie sa manière de voir sur des expériences et sur des observations cliniques tirées de sa propre pratique et de la pratique d'autres confrères. (*Bull. soc. obst. et gyn. de Paris*, 1892, p. 240 et suiv.). PORAK.

**I. — Des positions transversales du sommet au détroit inférieur du bassin, par M. MURET** (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn., mai-juin 1894*).

**II. — Du rétrécissement antéro-postérieur de détroit inférieur, par PIGNOLET DE FRESNE** (*Thèse de Paris, 1894*).

I. — Les positions transverses de la tête au détroit inférieur sont rares. Elles sont primitives ou secondaires. Les positions primitives surviennent dans les cas de bassins rétrécis suivant le diamètre antéro-postérieur, les bassins aplatis non rachitiques, les bassins aplatis, généralement rétrécis. Dans ces cas, la tête de l'enfant est relativement volumineuse. La tête reste suivant le diamètre transverse parce que c'est le diamètre le plus grand. On observe encore cette position dans les cas où la tête est petite et le bassin large, parce que, dans ce cas, la tête n'est pas sollicitée à effectuer le mouvement de rotation. Les positions secon-

daires surviennent dans les cas où la tête placée en position postérieure est arrêtée dans sa rotation. Il s'agit, presque constamment de O. I. D. P., de contractions utérines faibles, de tête volumineuse et de défaut de flexion régulière. Enfin dans certaines circonstances l'étiologie est mixte et on retrouve pour expliquer la position anormale les causes des positions primitives liées à celles des positions secondaires.

Que la contraction utérine s'affaiblisse et s'arrête ou qu'elle reste vigoureuse, il arrive dans un assez grand nombre de cas que la rotation de la tête ne puisse pas s'effectuer et qu'on soit obligé de recourir à une application de forceps pour terminer l'accouchement. Lorsque l'accouchement se termine spontanément, il survient après un retard plus ou moins important, que dans le cas de positions transversales secondaires la rotation s'effectue au niveau du détroit inférieur et que dans le cas de positions transversales primitives la tête dépasse le détroit inférieur et pénètre dans le bassin musculaire. Alors de deux choses l'une, où le périnée est résistant et la rotation de la tête s'effectue au-dessous du détroit inférieur, ou le périnée est très élastique ou déchiré antérieurement et alors la tête se dégage transversalement.

Le diagnostic de la position est ordinairement rendu difficile par l'existence d'une bosse séro-sanguine considérable. D'ailleurs, c'est surtout le diagnostic étiologique qui importe, parce qu'il donne la clef de l'évolution suivant laquelle la tête doit se dégager et surtout parce qu'il apporte au pronostic des éléments importants d'appréciation. Les positions primitives sont moins favorables que les positions secondaires, au moins au point de vue de la santé de l'enfant. C'est surtout dans les positions secondaires qu'on enregistre l'inertie utérine.

Après avoir donné à l'expectation, au traitement en usage pour accélérer les contractions utérines, aux manœuvres manuelles pour redresser la tête, la place raisonnable dans le traitement de cette anomalie du travail, on se trouve acculé à l'intervention instrumentale. On ne doit jamais appliquer le forceps suivant le diamètre antéro-postérieur, d'une façon exceptionnelle du front à l'occiput.

La méthode de choix est l'application oblique du forceps suivant le bassin et suivant la tête de l'enfant. La rotation ne doit être accomplie que dans les positions secondaires. Elle s'effectue d'ailleurs quelquefois spontanément entre les cuillers ou entraînant les cuillers, elle s'accomplit même quelquefois si rapidement que le périnée est compromis et gravement déchiré. Dans les positions primitives lorsque le détroit inférieur est franchi, on doit retirer le forceps et laisser l'accouchement se terminer spontanément ou y aider par une manœuvre manuelle personnelle à l'auteur et dont on trouvera la description dans son mémoire.

Treize observations personnelles viennent à l'appui des expériences publiées dans ce travail.

II. — Si l'on met à part les rétrécissements antéro-postérieurs du détroit inférieur dus à une exostose, peut-être à l'addition d'une 6e vertèbre sacrée, cette cause rare de viciation pelvienne est due à la saillie exagérée de la pointe du sacrum en avant ou à l'ankylose du coccyx.

L'auteur publie quatre observations provenant du service de Budin où cette dernière cause a été reconnue. Dans toutes ces observations la partie

fœtale s'est trouvée arrêtée au détroit inférieur et on a dû recourir à l'extraction manuelle ou à une application de forceps pour accoucher la femme. D'ailleurs, l'intervention a été suivie de succès pour la mère et pour l'enfant. PORAK.

**Contribution à l'étude de la version dans les bassins rétrécis, par DUBRISAY** (*Thèse de Paris, 1894*).

De douze observations inédites et de six observations tirées des leçons cliniques de Budin, D. tire des conclusions favorables à l'emploi de la version dans les bassins rétrécis. Dans le bassin plat, on peut le tenter avec succès dans des bassins ayant un rétrécissement de 7 cent. 1/2, et de 6 cent. 1/2 dans le cas d'accouchement prématuré. Dans les bassins généralement rétrécis, c'est à la symphyséotomie qu'il faut recourir après un essai infructueux d'application de forceps. PORAK.

**Un cas de dystocie par exagération de diamètre bisacromial, par CHALEIX** (*Arch. de tocol., avril 1894*).

10-pare, à terme, en travail depuis plus de 24 heures, dilatation complète, présentation de la tête reposant déjà sur le périnée. Extraction difficile par le forceps. Grande difficulté d'abaisser les épaules retenues au détroit supérieur. On n'insiste pas dans ces tractions, mais on va directement et avec grande difficulté d'ailleurs, à la recherche du bras postérieur qui est abaissé. Extraction ensuite facile d'un enfant très volumineux pesant 5,200 grammes. Diamètre bipariétal 11 centimètres; diamètre biacromial 17 centimètres. Délivrance facile. Enfant en état de mort apparente ranimé. Suites de couches normales. PORAK.

**De la rupture artificielle des membranes dans les cas d'hémorragies liées à l'insertion vicieuse du placenta, par PAYERAN** (*Thèse de Paris, 1894*).

Cette intervention est nettement indiquée : 1° lorsque la présentation est favorable et que rien ne s'oppose à l'engagement de la partie fœtale; 2° lorsque l'insertion du placenta est latérale, marginale ou margino-partielle ; 3° lorsque l'enfant est vivant ; 4° lorsque l'état général de la mère est tel que l'on n'ait pas à redouter une syncope *ex vacuo ;* 5° lorsque le travail est franchement déclaré, que la dilatation du col est suffisante. Lorsque ces indications ne sont pas remplies, on peut encore recourir à la rupture des membranes, mais il est plus délicat d'en apprécier l'efficacité. L'auteur se demande si on ne doit pas alors recourir à la dilatation rapide du col par la méthode de Barnes-Murphy ou au tamponnement du vagin. PORAK.

**Ueber vorzeitige Lösung der normalsitzenden Placenta (Décollement prématuré du placenta normalement inséré), par O. v. WEISS** (*Archiv für Gyn., XLVI, 2, 1894*).

Le décollement prématuré du placenta peut succéder à un traumatisme, mais il se fait quelquefois aussi d'une façon insidieuse et inattendue; les hémorragies qui en résultent, soit internes, soit externes, acquièrent souvent une grande gravité.

Weiss rapporte 8 observations de cet accident. Ces observations confirment particulièrement le danger de la néphrite au point de vue des

décollements placentaires. Mais elles mettent aussi en lumière une condition grave et peu connue qui peut produire ces décollements : la myométrite ; celle-ci empêche l'utérus de se contracter et peut être la cause d'hémorragies incoercibles.

Cette opinion est basée sur l'examen d'utérus de femmes mortes sans que rien ait pu arrêter l'hémorragie ; c'est dans ces cas d'hémorragie post-partum incoercible que l'opération de Porro serait indiquée comme pouvant seule sauver la femme. CH. MAYGRIER.

**Note on oligohydramnion, par W. JAGGARD** (*Amer. Journ. of obst., avril 1894*).

Observation d'un cas d'oligo-hydramnios : l'accouchement eut lieu sans qu'il semblât s'écouler de liquide amniotique. Le fœtus naquit vivant, mais mourut au bout d'une heure. Il présentait de nombreuses anomalies et malformations : une dilatation énorme de la vessie remplie de liquide, une dégénérescence kystique du rein droit et une obstruction complète de l'urètre ; le rein et l'uretère gauche manquaient ; une imperforation de l'anus et du rectum, une double luxation congénitale des fémurs et un double pied-bot varus, enfin, une absence complète du sterno-cléido-mastoïdien gauche.

Jaggard rapporte ensuite les observations, prises dans la littérature, de Lazarewitch, Lomer, Claude, Linck, Reichel, Giles, Strassmann, etc., et conclut en résumant les difformités fœtales que peut entraîner l'absence du liquide amniotique.

La principale cause de ces déformations réside dans la présence d'adhérences qui se font entre l'amnios et le fœtus ; ces adhérences peuvent déterminer des compressions, des sillons sur les membres, même des amputations congénitales.

Il importe aussi de faire jouer un rôle à la pression directe de l'utérus sur le fœtus, pression qui met obstacle à son développement et peut déterminer également des malformations. CH. MAYGRIER.

**Ein Fall von geheilter Uterusruptur (Un cas de guérison de rupture de l'utérus), par DOHRN** (*Centr. f. Gyn., n° 11, 17 mars 1894*).

Une femme de 41 ans, multipare, ayant toujours bien accouché, arrive à la fin de sa 11e grossesse et perd les eaux. Une sage-femme reconnaît une présentation de l'épaule, et appelle un médecin. Celui-ci après avoir en vain essayé la version podalique, cherche à abaisser la tête par des manœuvres internes et externes combinées ; mais, pendant ces tentatives, l'utérus se rompt et la tête du fœtus passe dans la cavité abdominale. L'opérateur cherche alors de nouveau à abaisser les pieds, y parvient enfin, et fait l'extraction d'un fœtus mort. La femme est amenée, non délivrée, à la clinique de Koenigsberg dans un état très grave : facies altéré, pouls à 136, ventre ballonné, écoulement de sang abondant par le vagin.

Immédiatement, les organes génitaux externes sont soigneusement lavés avec une solution phéniquée à 5 0/0 ; le vagin est irrigué d'abord avec du sublimé à 1 0/00, puis avec une solution d'acide borique à 4 0/0. L'assistant introduit ensuite la main dans le vagin et constate une large déchirure intéressant le col et le vagin, du côté gauche. Le placenta est dans le ventre, au milieu des anses intestinales, il l'extrait. Pas d'hémorragie consécutive, ni de sortie de l'intestin. Le vagin est tamponné avec une bande de gaze iodoformée de 6 mètres de long sur 8 centimètres de large ; un bandage solide est appliqué autour du ventre.

La malade se remonta peu à peu sous l'influence des analeptiques ; la gaze

iodoformée ne fut retirée qu'au bout de 6 jours, et n'avait aucune mauvaise odeur. L'anémie s'amenda peu à peu, et la guérison eut lieu, malgré une poussée de pneumonie survenue au bout de 4 semaines. Il resta dans le vagin une cicatrice se prolongeant sur le col, et maintenant l'utérus en latéro-version droite.

Les faits de guérison de rupture de l'utérus par le tamponnement à la gaze iodoformée sont rares. Merz (*R. S. M.*, XLIV, 568) a rapporté 15 cas où ce traitement a été employé, et n'a été suivi de guérison que 7 fois.

CH. MAYGRIER.

**Étiologie de l'éclampsie, rapport par TIBONE** (*Congrès de Rome, Ann. de gyn., mai-juin 1894*).

La doctrine nerveuse soutenue jusque dans ces derniers temps a peu d'adhérents.

La théorie hépatique ne lui paraît pas réelle. Les lésions ne sont pas constantes (Vinay), le rôle du foie comme épurateur n'est pas encore nettement défini. Les lésions du foie ne semblent pas primitives, mais secondaires aux accès.

La théorie toxémique fait valoir plus de preuves en sa faveur. La puissance toxique du sang liée à la diminution de la toxicité des urines proportionnelle à la gravité des accès éclamptiques offre à cette théorie un argument très important.

La théorie microbienne n'a abouti qu'à des résultats insuffisants puisque les microbes décrits par les uns n'ont pas été trouvés par d'autres, que souvent les résultats sont restés négatifs et que la multiplicité des microbes décrits démontre qu'on n'a pas trouvé le spécifique.

C'est donc une auto-intoxication. La théorie rénale est passible des objections faites à la théorie hépatique, mais mieux que toute autre, elle explique la forme clinique et satisfait au critérium thérapeutique. L'origine du trouble rénal qu'il soit de nature hématique ou mécanique, gêne de la circulation des veines rénales, gêne de l'émission urine (dilatation des uretères) est étudié dans tous ses détails par l'auteur. Il croit que la compression des uretères par l'utérus a une bien plus grande importance que celle qu'on lui accorde généralement. Il publie, à ce propos, le résultat d'une autopsie et d'un cas qu'il a observé personnellement.

Dans la discussion, les orateurs s'occupent surtout du traitement de l'éclampsie. Vitanza défend l'accouchement forcé que combat Morisani. Mangagialli préconise l'emploi de la morphine à la dose de 10 centigrammes. Calderini pense que le traitement doit être complexe et conseille l'emploi des injections d'eau salée à 0gr,75 par 1,000, suivant la thérapeutique indiquée par Porak et Bernheim.

PORAK.

**Des rapports de la grossesse gémellaire avec l'éclampsie puerpérale, par CLÉMENT** (*Thèse de Paris, 1894*).

Tandis que la fréquence de l'éclampsie est de 1/350 dans la grossesse simple, elle est de 1/15,5 dans la grossesse gémellaire. Elle est aussi plus grave tant au point de vue du pronostic maternel où elle fournit 7 cas de mort sur 15 observations qu'au point de vue du fœtus où elle donne 10 décès contre 16 enfants vivants et 4 cas de suites non indiquées.

Suivant Tarnier, dans l'éclampsie, la mortalité maternelle donne une proportion de 30 0/0 et la mortalité fœtale de 46,6 0/0. PORAK.

**Opération césarienne pour un bassin pseudo-ostéomalacique, par BAR** (*Bulletin de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, juin 1894*).

22 ans, unipare de petite taille (1 m. 30), à terme, et en travail, légère scoliose droite, déformations habituelles du rachitisme aux membres inférieurs. Diamètre des épines 24 centimètres 1/2, des crêtes 25 cent. 2, conjugué externe supérieur 17 cent. 2, conjugué externe moyen 18 cent. 5, saillie considérable en avant des deux pubis presque accolés l'un à l'autre. Diamètre promonto-sous-pubien 7 cent. 1/2, promontoire incliné à gauche, bassin asymétrique pseudo osté omalacique. Opération césarienne. Mère rétablie, enfant vivant pesant 2,300 grammes.

La discussion roule sur la nature de la viciation, Gueniot la considérant comme ostéo malacique, Charpentier s'accordant avec Bar pour la considérer comme rachitique; sur le mode de traitement, Porak donnant la préférence à la symphyséotomie, sur l'opportunité de joindre à l'opération césarienne la castration. P.

**Résultats de l'accouchement prématuré artificiel et de l'opération césarienne, par CALDERINI** (*Congrès de Rome, Ann. de gyn., mai-juin 1893*).

L'accouchement prématuré artificiel a été pratiqué 53 fois : 19 fois pour rétrécissement du bassin : mortalité maternelle 0 ; mortalité infantile 6 (31,5 0/0). Des enfants nés vivants, plusieurs sont morts dans le courant de la première année ; 36 fois pour des affections diverses : mortalité maternelle 5 (20,5 0/0) ; mortalité infantile 9 (25 0/0).

L'opération césarienne a été pratiquée 8 fois : 4 fois par la méthode de Porro : mortalité maternelle 0; par la méthode de Sänger 4 fois : mortalité maternelle 1 fois, mortalité infantile 1 fois immédiatement par asphyxie, 1 fois quelques jours après. PORAK.

**Étude clinique à propos de la symphyséotomie, par EGBERT GRANDIN** (*The Amer. j. of the med. sc., p. 517, mai 1894*).

La symphyséotomie ne doit pas être mortelle, lorsqu'on la pratique chez une malade non épuisée par un travail prolongé, par des accidents de la délivrance, et d'une façon aseptique. Toutes choses égales d'ailleurs, l'enfant doit être vivant. Il faut craindre une blessure de l'urètre ou de la vessie. L'hémorragie sera écartée si l'on fait l'incision où elle doit être faite.

D'après son expérience personnelle, l'auteur recommande de faire l'incision première en haut, immédiatement au-dessus du pubis. L'incision inférieure, de l'un ou de l'autre côté du clitoris, est nuisible et en tout cas inutile. L'auteur croit préférable, lorsque c'est possible, d'éviter de sectionner l'insertion du rectum. Le doigt peut être introduit le long du rectum derrière le pubiset lorsqu'il est amené au-dessous de la symphyse on peut l'y maintenir, de façon à protéger ainsi de toute lésion la vessie et l'urètre.

L'incision de la symphyse sera faite soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans. Le ligament sous-pubien sera tranché de haut en bas

sur le doigt et non de bas en haut avec le couteau de Galliati ou ses modifications. Le ligament sous-pubien doit être sectionné pour assurer l'écartement des symphyses, lorsque celui-ci deviendra nécessaire.

Après la sortie du fœtus et la délivrance, il faudra avoir grand soin, au moment de rapprocher les os, de repousser l'urètre et le col de la vessie, qui pourraient se trouver pincés, ainsi que cela est arrivé dans une des observations de l'auteur, ou s'est produite une fistule vésico-abdominale.

F. VERCHÈRE.

**Vier Symphyseotomien, par H. FRITSCH** (*Centralbl. f. Gyn.*, *n° 19, 12 mai 1894*).

H. Fritsch a pratiqué, à Breslau, 4 symphyséotomies pour des rétrécissements du bassin.

Dans le premier cas, l'enfant a été extrait mort, ayant une fracture du pariétal, due à une application de forceps infructueuse faite avant la symphyséotomie. La mère a eu un peu de fièvre, et au 9e jour de l'incontinence d'urine produite par une fistule vésico-vaginale.

Chez la seconde opérée, la symphyse paraissant ossifiée fut sectionnée avec les ciseaux. Il y eut une déchirure du clitoris et une hémorragie abondante. L'enfant fut extrait par le forceps en état de mort apparente, et ne put être ranimé. La mère eut une pneumonie, mais finit par guérir.

La troisième opération fut suivie de l'extraction par la version d'un fœtus de plus de 4,000 grammes. Il n'y eut aucun incident.

Dans la quatrième observation, la symphyséotomie fut suivie également de la version, l'enfant se présentant par l'épaule ; il naquit vivant, et la mère se rétablit, tout en conservant une certaine mobilité de la symphyse.

Dans tous ces cas, Fritsch n'a pas eu recours à la suture osseuse. Il admet, avec Morisani, que la symphyséotomie est indiquée dans les bassins de 7 à 9 centimètres. On se décidera plus facilement à la pratiquer chez les multipares, parce que les accouchements antérieurs en démontrent la nécessité ; elle ne peut cependant être rejetée chez les primipares.

CH. MAYGRIER.

**De l'intervention dans la grossesse extra-utérine, lorsque l'enfant est viable, par ORRILLARD** (*Thèse de Paris*, *1894*).

Contrairement à l'opinion soutenue, surtout par les accoucheurs, de la très grande gravité de l'opération dans ces cas, il résulte de la statistique dressée par l'auteur, que les progrès récents de la technique opératoire permettent d'admettre un pronostic plus favorable. D'une statistique expurgée de 61 cas, abaissée à 52 cas, la mortalité maternelle ne serait que de 24 cas, soit 46 0/0. Il est d'ailleurs équitable, si on la compare à la statistique de la mortalité opératoire lorsque l'enfant a cessé de vivre, soit de 37 0/0, de tenir compte des femmes mortes non opérées du fait de l'expectation. Tout en reconnaissant que l'enfant meurt souvent avant l'époque du terme, qu'il naît quelquefois avec des malformations multiples, qu'il jouit d'une façon incontestable d'une vitalité moindre, il est cependant certain qu'il peut naître viable. Sur 61 cas, 26 enfants sont morts le premier ou le second jour après leur naissance, 8 à une époque plus ou moins tardive et qui ne doivent pas changer cette statistique, 27 étaient vivants, 10 avec renseignements lointains, 17 sans renseignements lointains. Mais, fait plus curieux, chez 8 femmes ayant une périto-

nite consécutive à la rupture du sac, 2 fois on put extraire l'enfant vivant, quoique toujours les femmes eussent succombé.

Au point de vue opératoire, l'élytrotomie doit être rejetée. La laparotomie dans la position de Trendeleburg est l'opération de choix. On fera l'hémostase préventive, si c'est possible. L'ablation du placenta, le traitement du sac, les indications d'opérations secondaires dans le cas d'accidents sont traités dans tous leurs détails. PORAK.

---

# MALADIES DES ENFANTS.

**Schutzpocken bei Säuglingen (Vaccination chez les très jeunes enfants), par FRIEDEMANN** (*Jahrb. f. Kinderh.*, *XXVIII*, *p. 352*).

La vaccination réussit même quand la mère a été vaccinée avec succès pendant la grossesse. Chez les nouveau-nés bien portants elle ne donne ni fièvre ni accidents généraux comme ceux qu'elle donne à un âge plus avancé. Ces vaccinations précoces confèrent la même immunité que les autres. Chez les enfants plus âgés la fièvre commence du cinquième au septième jour ; il y a une complication si elle se prolonge au delà du douzième. Cette complication est ordinairement une entérite chez les jeunes enfants, une bronchite légère chez les enfants plus âgés. Le degré de la fièvre est indépendant de l'intensité de l'éruption. Exceptionnellement la vaccination réveille une diathèse scrofuleuse jusque-là latente.

En résumé il y a très grand avantage à vacciner dès les premiers jours de la vie. A.-F. FLICQUE.

**De l'infection gastro-intestinale chez l'enfant nouveau-né (pathogénie et traitement), par THIERCELIN** (*Thèse de Paris*, *1894*).

Les cas d'infection gastro-intestinale chez le nouveau-né peuvent être rangés en deux catégories : 1° ceux dus à l'altération organique de l'estomac, ou aux troubles du processus digestif, et produits par la fermentation des matières ingérées ; 2° ceux dus à l'absorption de substances alimentaires altérées ou de microbes pathogènes. Souvent ces deux causes se combinent.

Au point de vue clinique on peut distinguer l'infection aiguë et l'infection chronique ; la première revêt la forme pyrétique (entérites aiguës, diarrhées toxi-infectieuses) ou la forme algide, répond au choléra infantile ; la seconde répond à l'athrepsie de Parrot et est secondaire ou primitive. Il n'y a pas de microbes spécifiques pour ces différentes formes d'infection ; plusieurs peuvent les produire, et avant tout le bacterium coli commune virulent, agissant par ses toxines ou par septicémie. Les complications surajoutées peuvent être dues ou au bacterium ou à un

microbe associé. Le microbe de la diarrhée verte n'est qu'une variété du bacterium coli, ayant la propriété de fabriquer du pigment vert.

Thiercelin préconise les lavages de l'estomac et de l'intestin, le calomel, le képhir n° 2 comme aliment de transition et les injections hypodermiques à faible ou forte dose, selon les cas, de sérum artificiel.

H. L.

**Beobachtungen am Magendarmkranken Kindern (Observations de gastroentérite), par A. CZERNY et P. MOSER** (*Jahrb. f. Kinderh.*, *XXVIII*, *p. 489*).

Sur 15 jeunes enfants atteints de gastroentérite on trouva 12 fois des microorganismes dans le sang. Sur 30 enfants sains, 2 cultures seulement furent positives. Sur 11 enfants simplement dyspeptiques une seule culture fut positive. Les bactéries trouvées furent variables : staphylocoques, streptocoques, bacterium coli commune, bacillus pyocyaneus, bacterium lactis aerogenes. Ce sont les mêmes bactéries que dans l'intestin et leur variété est en rapport avec celle des formes cliniques. Ces faits ont été observés aussi bien à l'hôpital qu'en ville ; et si la gravité est plus grande à l'hôpital, dans un cas comme dans l'autre, la gastroentérite des nourrissons doit être regardée comme une affection générale à point de départ intestinal.

A.-F. PLICQUE.

**Indican bei Kindern (L'indican dans les affections de l'enfance), par GEHLIG** (*Jarhrb. f. Kinderh.*, *XXVIII*, *p. 312*).

L'indican se trouve parfois dans l'urine des jeunes enfants nourris au lait stérilisé et digérant bien. Il est presque constant en cas de troubles digestifs et atteint son maximum dans le catarrhe chronique de l'intestin, le choléra et la fièvre typhoïde. Il est plus fréquent chez les enfants plus âgés mangeant beaucoup d'aliments azotés (viandes et œufs). Sa présence n'a pas de valeur diagnostique au point de vue de la tuberculose.

A.-F. PLICQUE.

**La réaction diazoïque ; valeur diagnostique et pronostique dans les affections de l'enfance, par W. NISSEN** (*Jahrb. f. Kind.*, *XXVIII*, *p. 146*).

La réaction diazoïque est fréquente dans la pneumonie, la broncho-pneumonie, la pleurésie, la méningite tuberculeuse, la diphtérie, l'érysipèle, la scarlatine. Elle est presque constante dans la fièvre typhoïde, la rougeole, la granulie. Elle peut servir au diagnostic de la rougeole et des diverses rubéoles. Son absence peut, dans un cas douteux, différencier même une scarlatine d'une rougeole. Dans la fièvre typhoïde son absence au début de la deuxième semaine indique une forme légère. La réaction diazoïque persiste aussi longtemps que les températures élevées. Elle est en général dans la pneumonie l'indice d'une affection grave. Pour la tuberculose elle se voit surtout dans les formes granuliques. Dans les affections méningitiques son absence peut laisser quelque espoir. En résumé, la réaction diazoïque se voit surtout dans les affections graves et est probablement liée à l'élimination des toxines bactériennes.

A.-F. PLICQUE.

**Infection amniotique; accidents broncho-pulmonaires chez le nouveau-né en rapport avec l'infection du liquide amniotique, par DEMELIN et LÉTIENNE** (*Méd. moderne, p. 817, 30 juin 1894*).

Enfant extrait par le forceps en état de mort apparente après rupture prématurée des membranes; liquide amniotique noir, teinté de méconium et fétide; les mouvements respiratoires et cardiaques reviennent bientôt, et l'enfant est en bon état pendant 18 heures, puis affaiblissement, râles crépitants très fins à la partie moyenne du poumon droit, ictère, mort au bout de 52 heures.

A l'autopsie : foie légèrement hypertrophié, rouge brun avec quelques marbrures blanc jaunâtre; poumons ayant une odeur de putridité très manifeste; hépatisation rouge presque uniforme des lobes inférieurs; à la surface des lobes, points de suppuration superficielle commençante.

L'ensemencement du sang du cœur droit donne un diplocoque en forme de sablier, se développant lentement dans le bouillon et sur la gélatine, sur laquelle il forme une série de grains très fins isolés, d'un gris transparent, ne cultivant pas sur agar. L'ensemencement de la bile de la vésicule donne le même diplocoque et une variété de bacterium coli. GEORGES THIBIERGE.

**Le melœna infectieux des nouveau-nés, par E. ROMME** (*Gazette hebd. Paris, p. 358 1894*).

R. considère comme très exceptionnelle toute hémorragie gastro-intestinale survenant chez le nouveau-né, ne reconnaissant pas l'infection comme cause. Il faut d'ailleurs à cet égard distinguer le melæna des premiers jours, de celui qui survient quelques jours après la naissance, qui l'accompagne dans certains cas d'ictère, d'hémorragies multiples et qui est presque constamment mortel. L'auteur dissimule d'ailleurs très mal sa répugnance à admettre toute hémorragie gastro-intestinale ne relevant pas de l'infection. PORAK.

**Fall von angeborener Lebercirrhose, par H. NEUMANN** (*Berlin. klin. Woch., n° 19, p. 445, 8 mai 1893*).

Fillette de 4 mois; dès le lendemain de sa naissance, la mère a été frappée de la teinte jaune verdâtre de la peau qui ne s'est pas modifiée jusqu'à la fin. L'enfant a toujours été agitée, geignante, prenant peu de nourriture; ses garde-robes étaient fréquentes, grisâtres et fétides. Les muqueuses sont aussi ictériques. Foie et rate dépassant de plusieurs travers de doigt les fausses côtes. Apyrexie jusqu'à la pneumonie terminale.

*Autopsie.* — Aucune trace de tuberculose. Pleuro-pneumonie droite. Pas d'ascite. Ganglions mésentériques plus gros que des haricots et d'un rouge brun. Rate dépassant de 2 travers et demi de doigt le rebord costal, très dure, ayant 9 centimètres et demi de longueur sur 4 centimètres de largeur et 2 centimètres et demi d'épaisseur. Pancréas normal. Foie dépassant de 5 centimètres le rebord costal, large de 14 centimètres, épais de 5 centimètres, vert foncé, un peu granuleux à la surface; parenchyme résistant et légèrement granuleux; il ne renferme pas de bile et aucun canalicule biliaire n'est visible à l'œil; acini d'un vert foncé, séparés par d'étroits tractus conjonctifs. Vésicule biliaire, d'un blanc gris, très petite, ne renfermant pas de bile. Canal cholédoque perméable ainsi que le cystique (*R. S. M.* VII 220 et 633; X, 470).

**Deux cas d'abcès du foie (abcès des pays chauds : Égypte), chez l'enfant, par LEGRAND ; rapport par PROUST** (*Bull. Acad. méd., 31 juillet 1894*).

1° Fillette de 5 ans atteinte de dysenterie subaiguë, au cours de laquelle se montrent les symptômes d'une hépatite suppurée. Incision tégumentaire sous-costale et ouverture de l'abcès, au thermo cautère. Issue de 400 grammes de pus grumeleux et rougeâtre ; guérison complète au bout de deux mois.

L'année suivante, nouvelle attaque de dysenterie et formation d'un deuxième abcès hépatique, dont on refuse l'ouverture. Une quinzaine de jours plus tard, à la suite de vives douleurs l'abcès s'affaisse par irruption du pus dans le côlon transverse ; selles purulentes. Malgré cette évacuation, fièvre continue et symptômes d'abcès cérébral qui emporte la malade. L'examen bactériologique du pus du premier abcès a décelé l'existence d'un staphylocoque plus gros que le staphylocoque pyogène ordinaire.

2° Enfant de 3 ans ; abcès aigu du foie, qu'on incise et qui donne issue à un demi-litre de pus. Lavage et drainage de la poche. Un mois, après la suppuration était tarie. Pendant une année aucun accès de fièvre, ce qui existait fréquemment avant l'abcès. Six mois plus tard, mort de pneumonie morbilleuse.

OZENNE.

**Étude sur la pseudo-méningite grippale chez les enfants, par LÉVÊQUE** (*Thèse de Paris, 1893*).

Dans ce travail inspiré par Sevestre, Levêque a réuni 16 observations toutes terminées par la guérison. Les enfants avaient présenté le tableau plus ou moins complet de la méningite au début, céphalalgie, photophobie, décubitus en chien de fusil, raideur de la nuque, vomissements, constipation, raie méningitique, irrégularité et faiblesse du pouls, parfois convulsions, délire, coma ; mais un symptôme diagnostique de la plus grande importance a permis de différencier les cas. C'est la marche de la température qui présente les plus grandes oscillations du matin au soir, avec variations dans l'intensité des symptômes. Lévêque admet qu'il s'agit de symptômes dûs non à une infection par streptocoque ou pneumocoque, mais au microbe non encore isolé, spécifique de la grippe, ou aux produits toxiques qu'il élabore. H. L.

**Diplégie faciale totale avec paralysie glosso-laryngo-cervicale chez deux frères, par BRISSAUD et MARIE** (*Bulletin méd., 2 décembre 1893*).

Le sujet de cette observation, dont le frère cadet présenta quelques mois plus tard les mêmes phénomènes pathologiques, est un enfant de 8 ans 1/2, issu de parents arthritiques. Le début de l'affection, qui remonte à une année, s'est révélé par de la difficulté de la déglutition, de l'embarras de la parole et de la gêne de la respiration.

L'état actuel fournit les renseignements suivants : face sans expression, joues aplaties, toute la face est lisse, sauf le menton qui offre des dépressions et des éminences animées de mouvements fibrillaires. Les yeux sont constamment remplis de larmes; les paupières, quoique d'aspect normal, ne peuvent ni s'élever ni s'abaisser complètement. Le front et les sourcils sont immobiles; les narines sont accolées à la cloison et ne sont pas mobiles pendant la respiration : à l'expiration, l'aile gauche est un peu déjetée au dehors. La bouche, normalement fermée, paraît plus petite qu'elle ne doit être.

Toute la partie supérieure de la face est presque immobile; au contraire, le menton est animé d'ondulations et parfois de contractions rapides.

La langue, déviée à gauche, aplatie, animée de mouvements fibrillaires, ne

peut être portée en haut ni creusée en gouttière. Le système dentaire est rudimentaire; quelques-unes des dents sont petites et d'autres cariées. L'examen du larynx, fait par Cartaz, a montré de la parésie des abducteurs. La voix est normale, mais la parole est défectueuse par le défaut de résonnance dans la bouche (paralysie des muscles de la face) et surtout par l'atrophie de la langue. Ce malade présente assez l'aspect des vrais bulbaires de Charcot. Notons, en outre, une atrophie des muscles de la région antérieure du cou et un affaiblissement de la contractilité faradique des muscles de la face.

En résumé, il existe dans cette observation un groupement singulier des phénomènes paralytiques, puisque ceux-ci frappent à la fois le releveur de la paupière, les muscles innervés par le facial supérieur et par le facial inférieur, la langue, les muscles du larynx, certains muscles du cou; de plus, on ne peut expliquer que par le jeune âge du sujet, les troubles trophiques de la peau, du squelette facial et de l'appareil dentaire, phénomènes, du reste, accompagnant rarement les paralysies bulbaires. Il est encore intéressant de signaler que les deux frères sont atteints de la même affection, mais rien ne peut autoriser, d'après les faits connus, à admettre qu'il s'agit d'une maladie héréditaire ou d'une intoxication, ainsi qu'on l'a soutenu. OZENNE.

**Case of multiple neuritis in a child, par E. MACKEY** (*Brit. med. Journ., p. 407 25 août 1894*).

Enfant de 8 ans, venant d'avoir rougeole et toux prolongée. Début par des douleurs dans les membres, d'apparence rhumatoïde; au bout d'un mois, impotence fonctionnelle et station impossible; décubitus en flexion, contracture des jambes qui ne peuvent se redresser, douleurs vives au niveau du sciatique, perte du réflexe patellaire; pas de troubles de la sensibilité, sauf un peu d'hyperesthésie. Aux membres supérieurs, même affaiblissement, avec atrophie musculaire et main en griffe. Perte, ou tout au moins grande diminution de la contractilité faradique. La marche des accidents montra d'abord un accroissement de la parésie et des troubles trophiques; puis, un mieux progressif jusqu'à complète guérison, au bout de 7 mois. Les injections de sérum parurent avoir une influence favorable. H. R.

**De l'origine microbienne de la chorée; une observation avec autopsie, par Charles DANA** (*The Amer. Journ. of the med. sc., p. 31, janvier 1894*).

Le cas rapporté par l'auteur est un cas type de chorée de Sydenham, les lésions sont nettes et l'examen bactériologique le plus attentif a pu être fait avec les résultats les plus concluants.

A l'autopsie on trouve une méningite de la convexité, ayant envahi la zone corticale dans certains points. Cette lésion est caractérisée par une prolifération abondante des éléments du tissu conjonctif et la présence de diplocoques dans les méninges et la subtance corticale. Dans celle-ci sont de petits éléments hyalins qui indiquent la dégénérescence de la substance cérébrale. Celle-ci est atteinte assez profondément, jusqu'au niveau de la capsule et du noyau lenticulaire sans envahir le centre optique. La méningite se prolonge vers la partie supérieure de la moelle et semble atteindre et envelopper surtout les racines des nerfs rachidiens.

Ce cas confirme l'opinion que la chorée est une maladie des vaisseaux et des humeurs et qu'un microbe en est l'origine.

Les divers types de chorée chronique peuvent trouver leur explication dans les variétés de l'intensité de l'irritation, dans ses diverses localisations et le degré des lésions secondaires. F. VERCHÈRE.

**Zur Lehre vom Blutkreislaufe beim Neugeborenen, par P. STRASSMANN** (*Berlin. klin. Woch., n° 21, p. 498, 21 mai 1894*).

N'étant satisfait d'aucune des nombreuses explications données de l'oblitération du canal artériel au moment de la naissance, Strassmann en a recherché le mécanisme, soit par des autopsies de fœtus, soit par des expériences. Cette fermeture est mécanique et instantanée et résulte de la disposition même de l'orifice aortique de ce vaisseau. Chez les moutons, comme l'avait déjà remarqué Zuntz, mais aussi chez les chiens, chats et surtout chez les fœtus humains, la paroi antérieure de cet orifice forme avec la paroi de l'aorte, une duplicature de plus en plus saillante constituant une sorte de valvule. Il se passe, dès l'établissement de la respiration, un phénomène analogue à celui qui amène la séparation des deux cœurs, par les progrès de développement de la valvule du trou ovale qui suppriment la communication entre les oreillettes. L'aspiration du sang par les poumons abaisse la pression sanguine dans le cœur droit et l'artère pulmonaire, tandis qu'elle l'élève dans le cœur gauche et l'aorte. Il en résulte que le bord antérieur de l'orifice du canal artériel rabattu sur lui, le ferme. Chez les fœtus à mouvements respiratoires prématurés, l'oblitération n'est qu'incomplète.

Senator déclare cette interprétation tout à fait satisfaisante. J. B.

**Corps étranger du cœur (aiguille), chez une enfant de 3 ans, par SENGENSSE** (*Ann. policl. Bordeaux, 1er septembre 1894*).

Ce fait concerne une fillette de 3 ans, qui, en 1891, faisait une chute et s'enfonçait dans la poitrine une aiguille piquée dans son corsage. 36 heures environ après l'accident on notait une anxiété respiratoire considérable, des sueurs abondantes, et un pouls petit et rapide, mais régulier. De plus, on constatait sur la poitrine, à 2 ou 3 millimètres en dehors du bord droit du sternum, dans le 4e espace intercostal, une petite élevure, qui présentait des battements isochrones à ceux du cœur et qui, au palper, paraissait être l'extrémité d'un corps pointu. Tout autour existait une zone inflammatoire rosée.

Une incision faite au niveau du point le plus saillant mit à nu le chas d'une aiguille, qui avait pénétré obliquement de droite à gauche et de haut en bas. Ablation facile. Cette aiguille mesurait 42 millimètres de longueur. Pas d'accidents consécutifs et, 3 ans et demi plus tard, l'auscultation du cœur n'a rien révélé de particulier.

D'après les battements qu'offrait l'aiguille, d'après sa direction à travers la paroi thoracique et d'après quelques expériences sur des cadavres d'enfant, l'auteur estime que l'extrémité de cette aiguille était implantée dans le ventricule droit. OZENNE.

**Vaccine et varicelle, par Ch. TALAMON** (*La Médecine moderne, p. 83, 20 janvier 1894*).

Talamon cherche à démontrer que, contrairement à l'opinion géné-

ralement admise en France, la varicelle est la forme la plus atténuée de la variole.

Il rapporte à l'appui de sa thèse les observations de 4 sujets (3 enfants et 1 adulte) qui furent pris 4 à 15 jours après une revaccination d'une éruption présentant les caractères de la varicelle sans qu'on ait pu trouver l'origine de cette affection dans un autre cas de varicelle ; dans une cinquième observation, la varicelle s'est montrée chez un enfant de 2 ans qui n'a pas été revacciné, mais on avait revacciné 7 personnes de sa famille, dont 1 seule avec succès.

Talamon croit qu'il s'agit de plus qu'une coïncidence, que la varicelle n'est qu'une vaccine atténuée, elle est à la vaccine ce que la varioloïde est à la variole ; de même qu'au contact d'un varioleux, un sujet incomplètement immunisé prend la varioloïde, de même au contact d'un vacciné, un sujet dont l'immunité vaccinale est en partie perdue prend la varicelle. GEORGES THIBIERGE.

**Cases to illustrate, etc. (Relation qui existe entre le torticolis et l'hématome congénital du sterno-mastoïdien), par d'Arcy POWER** (*Med.-chir. Trans.*, *LXXVI*, *p. 137*).

Voici les conclusions de ce mémoire, basé sur l'analyse de 15 observations personnelles d'hématome du sterno-mastoïdien :

*1*) Cette affection peut être causée par des traumatismes intra-utérins, circonstance rare, ou par des traumatismes survenus au moment de la naissance, ce qui est la règle.

*2*) L'hématome congénital du sterno-mastoïdien prédispose au torticolis des enfants parfaitement sains du reste.

*3*) Le torticolis dû à cette cause varie depuis les formes les plus légères et les plus fugitives jusqu'à celles qui nécessitent la ténotomie pour guérir. Il ne s'accompagne jamais d'asymétrie faciale.

*4*) Tout enfant né avec un de ces hématomes doit être longtemps et attentivement surveillé pour éviter la déviation ultérieure du cou et de la face. H. R.

**Sur un cas d'ostéogénèse anormale, par PORAK et DURANTE** (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, *juillet 1894*).

Les lésions osseuses chez le fœtus sont caractérisées par des arrêts de développement, des néoplasmes, des troubles qui tendent à se confondre, appartenant au rachitisme et à la syphilis, des fractures souvent très nombreuses et enfin par une altération spéciale portant presque exclusivement sur les os longs et aboutissant à la micromélie. C'est cette dernière maladie qui avait été décrite par Parrot sous le nom d'achondroplasie. Les auteurs publient un cas appartenant à cette dernière catégorie de lésions ; l'examen anatomo-pathologique aussi bien au point de vue macroscopique que microscopique est donné avec des détails très circonstanciés et à ce point de vue elle peut être considérée comme une des rares observations complètes qui aient été publiées.

Enfant à terme pesant 2,000 grammes, micromèle, avec courbure des membres supérieurs et inférieurs, ossification très avancée à la base du crâne, très retardée à la voûte, macroglossie, longueur totale du corps 39 centimè-

tres, longueur des membres supérieurs 90 millimètres, des membres inférieurs 11 centimètres. Altérations portant seulement sur les os longs des membres caractérisées par une largeur excessive de ces os (humérus 10 à 12 millimètres, fémur de 14 à 16 millimètres, tibia 12 millimètres), par un développement très exagéré de la moelle osseuse, ne présentant que très peu de trabécules osseuses, par un défaut d'ossification épiphysaire, par la minceur papyracée de l'os périostal, par place fissuré. Au point de vue histologique, la lésion consiste en une résorption trop intense des travées osseuses tant d'origine cartilagineuse que périostale. Tandis que les ostéoblastes sont très rares et ne sécrètent pas de tissu osseux, les ostéoclastes sont nombreux et paraissent posséder une activité plus grande que normalement. Pas d'autres lésions, en particulier, rien à la peau.

Les auteurs font une critique historique des faits publiés. Ils concluent qu'il y a deux formes de lésions dépendant du même type clinique, caractérisées les unes par l'ostéoporose, les autres par l'ostéosclérose. Ils soutiennent cependant qu'il s'agit d'une seule maladie dont on surprend deux des phases successives. La maladie présente au début de l'ostéoporose et elle aboutit à l'ostéosclérose, qui constitue son mode de guérison. Elle suit en cela les lois générales de l'évolution des maladies osseuses. Le rachitisme aboutit aussi à une période ultime caractérisée par l'éburnation ; l'ostéite raréfiante donne aussi lieu à l'ostéite condensante.

PORAK.

**De l'ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de deux ans, par ALDIBERT** (*Revue mens. des maladies de l'enf., juin 1894*).

Cette étude très documentée, basée sur 33 observations dont 3 personnelles aboutit à cette conclusion générale. L'ostéomyélite chez les enfants au-dessous de 2 ans présente un cachet tout particulier par ses portes d'entrée spéciales ; par sa marche habituellement aiguë et même suraiguë, par la multiplicité des foyers de suppuration, par son siège fréquent à l'épiphyse qui entraîne souvent les décollements épiphysaires et l'arthrite purulente.

Le fœtus s'infecte peut-être par le placenta, mais surtout au moment de son passage à travers le canal urétro-vaginal (coïncidence avec la fièvre puerpérale chez la mère), par l'ombilic, par l'allaitement (galactophorite). Plus rarement les éruptions cutanées et l'otite purulente jouent un rôle étiologique.

La multiplicité des foyers purulents est d'autant plus fréquente que l'enfant est plus jeune, 11 fois dans la première année, dont 6 fois dans le premier mois, 2 fois dans la seconde année.

Il en est de même pour le décollement épiphysaire, 11 fois dans la première année, dont 6 fois dans le premier mois, pour 4 fois dans la seconde année. Ces décollements épiphysaires sont observés par ordre de fréquence au fémur, au tibia, au cubitus et au radius, à l'humérus, au périnée, au sacrum, à l'ischion et au pubis. Le siège le plus fréquent de l'arthrite purulente est suivant l'ordre décroissant au genou, à la hanche, au coude, à l'épaule, au poignet, à l'articulation lombo-sacrée et sacro-iliaque.

Le pronostic est très grave. La marche de la maladie est aiguë ou suraiguë, une seule fois chronique d'emblée, et d'autant plus aiguë que l'enfant est plus jeune. La mort a été observée 13 fois sur 25 observations, soit 48 0/0.

Le traitement consiste dans une ouverture prématurée et large des foyers osseux et l'ouverture, s'il y a lieu, du canal médullaire. PORAK.

**Abcès cutanés et sous-cutanés multiples et récidivants chez les jeunes enfants, par HALLOPEAU** (*Soc. franç. de dermat, et Ann. de derm., août-septembre 1894*).

Aux très rares observations déjà publiées, l'auteur ajoute deux cas personnels de suppurations multiples sans septicémie.

La peau des enfants du premier âge offre un bon terrain de culture aux microbes ordinaires de la suppuration et particulièrement au staphylocoque doré. Elle peut devenir le siège, à la suite d'irritations accidentelles, de suppurations multiples qui envahissent toute la surface du corps et se renouvellent pendant des mois. Il peut se développer simultanément des abcès sous-cutanés par auto-inoculation par les orifices glandulaires. Le siège profond des glandes sudoripares explique la production des abcès sous-cutanés. La maladie peut en imposer pour une manifestation gommeuse de la syphilis ou de la tuberculose. Elle peut exceptionnellement se développer chez l'adulte. J. MOREL.

**Primaeres Nebennierensarkom bei einem neunmonatlichen Kinde, par Michael COHN** (*Berlin. klin. Woch., n° 11, p. 266, 12 mars 1894*).

Fillette de 9 mois ; il y a 15 jours, la mère a remarqué sur la tempe droite, une tumeur qui ne cesse de grossir ; depuis 8 jours, l'œil droit est saillant ; enfin dans ces derniers jours, l'enfant (qui a été sevrée il y a un mois) vomit parfois.

Exophtalmie droite considérable. Tuméfaction diffuse de la région temporale droite occasionnée par une tumeur molle, largement implantée sur le crâne. Le crâne présente en outre, en arrière de l'oreille gauche, cinq noyaux isolés, gros comme des cerises. Du côté droit de l'abdomen, tumeur arrondie distincte, accroissement rapide de toutes les tumeurs. Mort un mois après le début des accidents ; autopsie : sarcome médullaire de la capsule surrénale droite ; métastases du côté du crâne et du thorax.

Les sarcomes primitifs de la capsule surrénale sont des tumeurs extrêmement rares. Mankiewicz (*Thèse Strasbourg*, 1887) n'en cite que 7 cas : 1 de Kussmaul (Klebs, *Traité d'anat. pathol.*), mélanosarcome de la capsule droite, chez un homme de 47 ans ; 1 de Greenow et Forster (*Transact. of the pathol. Soc. London*, 1867), de la capsule gauche chez une fillette de 12 ans ; 1 de Coats (*Glasgow med. J.*, 1872) de la capsule gauche, pesant 9 kilogrammes chez une femme ; 1 d'Eberth (*Virchow's Archives*, LV), myome sarcomateux de la grosseur du poing, à droite, chez une fillette de 17 mois avec métastases dans le rein gauche et le péritoine diaphragmatique ; 1 de Merkel (*Ziemssen's Handbuch*) ; 1 de Rosenstein (*Virchow's Arch.*, LXXXIV, 1881), sarcome à petites cellules dans les deux capsules avec métastases dans les reins, le pancréas et le cœur droit, chez un homme de 40 ans ; 1 de Fraenkel (*Virchow's Arch.*, CIII), angiosarcome latent des deux capsules chez une fille de 18 ans. Mankiewicz en décrit un huitième cas : sarcome à petites cellules rondes de la capsule gauche chez une fillette de 2 ans.

Dans la littérature médicale postérieure à la thèse de Mankiewicz, Cohn en a trouvé 2 autres exemples : cas de Berdach (*Wiener med. Woch.*, 1889), sarcome médullaire de la capsule gauche avec métastases

hépatiques chez un homme de 35 ans, et cas de Pilliet (*Bull. Soc. anat. de Paris*, 1889), sarcome à cellules fusiformes, étoilées et rondes de la capsule droite. Lazarus (*Berlin. klin. Woch.*, 21 mai 1894) en a publié un cas observé chez un enfant de 4 ans; la tumeur pesait 12 livres et demi.

J. B.

---

# DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

**Contribution à l'étude des érythèmes infectieux, par GALLIARD** (*Soc. méd. des hôp., 26 octobre 1894*).

Ce mémoire qui renferme de nombreuses observations d'érythème chez les typhoïdiques et les cholériques amène Galliard à conclure que les érythèmes infectieux ou toxi-infectieux ont de nombreuses analogies cliniques avec les érythèmes médicamenteux; qu'ils sont attribuables à des microbes les uns connus, les autres inconnus; que l'on ignore les conditions nécessaires pour que ces microbes deviennent érythrogènes; que l'influence des médications est faible ou nulle; que les prédispositions individuelles jouent un grand rôle dans la genèse de ces érythèmes.

H. L.

**Note sur quatre cas d'érythèmes polymorphes ou scarlatiniformes desquamatifs d'allures épidémiques, par LE GENDRE** (*Soc. méd. des hôp., 17 novembre 1893*).

Le Gendre a observé dans la même salle 4 cas, terminés l'un par la guérison, les 3 autres par la mort, d'érythèmes survenant sur des malades voisins de lit, et atteints, les trois premiers de fièvre typhoïde, le dernier de néphrite chronique; dans le deuxième cas, l'érythème polymorphe d'abord (papules, bulle) est devenu scarlatiniforme avec desquamation à grands lambeaux; dans le troisième cas, l'éruption papuleuse est devenue scarlatiniforme et desquamative; dans le quatrième cas, les placards érythémato-papuleux, puis bulbeux sont devenus le siège d'une desquamation généralisée, très abondante en larges écailles, sous lesquelles la peau suintait; les cultures dans les trois derniers cas, avec squames, sang, urine, sérosité, etc., ont été stériles.

H. L.

**Érythrodermie scarlatiniforme prémycosique chez une cancéreuse, par BARBE** (*Soc. franç. de dermat., Ann. de derm., août-septembre 1894*).

Le 7 juin 1889, une femme se fait opérer d'une tumeur du sein considérée par Monod, en l'absence de tout examen histologique, comme un squirrhe du sein. Guérison. En mars 1893, une tuméfaction se forme au niveau de la première pièce sternale et progresse rapidement. En juin, apparaissent dans le dos des plaques érythémateuses durant quelques semaines. Nouvelle éruption en octobre. Au mois de janvier 1894, l'érythème, d'un rouge cinabre, occupait

toute la tête, sauf les oreilles. Autres plaques sur la face dorsale des mains et des avant-bras. Pas de desquamation, très légère démangeaison. Mort par extension du cancer sternal vers le médiastin. Pas de tumeur mycosique.

J. MOREL.

**Des dermatites exfoliatrices généralisées, par Mario ORO** (*Giornale ital. delle mal. vener., XXIX, 1 et 2*).

Les dermatites exfoliatrices généralisées constituent un groupe de dermatoses avec rougeur diffuse de la peau et desquamation consécutive abondante. Ce groupe comprend quatre entités cliniques : 1° la dermatite générale exfoliatrice aiguë ou dermatite scarlatiniforme récidivante, forme bénigne, de nature érythémateuse ; 2° la dermatite générale exfoliatrice primitive ou subaiguë (maladie de Wilson-Brocq), véritable affection totius substantiæ, fébrile, à brusque invasion, avec rougeur générale de la peau, suivie de desquamation abondante, fréquente chute des ongles et des poils, adénopathie, abcès dermiques, et en même temps symptômes généraux, prostration, amaigrissement, troubles de la vue, troubles moteurs, etc. Anatomiquement cette maladie est caractérisée par l'atrophie du corps muqueux, par l'infiltration très abondante d'éléments embryonnaires dans le derme, la disparition des glandes sébacées et certaines altérations du système nerveux, myélite, névrite parenchymateuse, etc. L'auteur, d'accord avec Girode, a constaté l'intégrité du stratum granulosum. Il croit que les altérations du système nerveux sont primitives et peuvent servir à expliquer la symptomatologie. Il s'agissait d'une dermato-neurose dont l'agent pathogène est encore à trouver ; 3° La dermatite exfoliatrice générale secondaire ou herpétide exfoliatrice de Bazin est toujours consécutive à diverses affections chroniques, eczéma, psoriasis, pemphigus, lichen, etc. Elle comprend deux variétés cliniques : une forme maligne à terminaison fatale constante, une forme bénigne, à terminaison favorable marquée par le retour de l'affection primitive ou par la disparition des deux dermatoses.

F. BALZER.

**Etiologia della malattia del Paget, par RAVOGLI** (*Congrès de Rome, 1894*).

L'auteur conclut ainsi qu'il suit : la maladie de Paget est une forme ulcérative de psorospermose cutanée ; elle peut envahir d'autres organes que le mamelon ; ce n'est pas un épithéliome, mais elle peut dégénérer en cette forme maligne ; elle reconnaît pour cause un sporozoaire appartenant au groupe des coccidies.

H. H.

**Bactériologie clinique de la lèvre supérieure à l'état physiologique et dans l'eczéma pilaire, par PERRIN et ASLANIAN** (*Soc. franç. de dermat., Ann. de derm., août-septembre 1894*).

A l'état physiologique les staphylocoques pyogènes constituent en permanence la garniture microbienne du bord ciliaire. En est-il ainsi pour la lèvre supérieure et les orifices du nez ! Quelle est la virulence des microbes rencontrés et leur rôle dans l'eczéma pilaire ? Les cultures faites avec le fil de platine promené sur ces régions, chez 6 sujets sains, ont été toutes positives, donnant des colonies de staphylocoques blancs et, dans quelques rares tubes, des colonies jaunes. Leur inoculation dans les

couches superficielles de la cornée de lapins et de cobayes, est restée négative pour les deux variétés de colonies, alors que dans les expériences relatives au bord ciliaire, toutes les inoculations étaient positives. Des cultures analogues, à propos de 3 malades atteints d'eczéma récidivant de la lèvre supérieure, ont montré que les cultures sont plus abondantes et plus virulentes quand les lésions de la lèvre sont plus avancées. On ne peut décider si le staphylocoque doré joue un rôle important dans la production de l'eczéma récidivant, puisqu'il existe même sur les lèvres normales, où il est souvent associé au staphylocoque blanc. Mais l'irritation produite par des causes banales permet à ces microbes de proliférer et de produire ainsi les lésions constatées dans l'eczéma pilaire. D'où la nécessité de veiller avec soin à l'asepsie de la lèvre supérieure. J. MOREL.

**Ueber Impetigo herpetiformis, par DAUBER** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, *XXVIII*, *2 et 3*).

Une partie de l'histoire de ce cas a été publiée par Du Mesnil et Marx en 1889, et de nouveau par Du Mesnil en 1891, dans le même recueil. Du Mesnil avait considéré la malade comme guérie. Après avoir rapporté un cas de Breier, l'auteur termine l'histoire de la malade de Du Mesnil qui, rentrée à l'hôpital pour la quatrième fois en 1892, succomba après plusieurs nouvelles poussées de l'exanthème. La mort fut causée par une tuberculose pleuro-pulmonaire à marche rapide pendant laquelle l'exanthème entra en régression, en sorte qu'il ne restait plus au moment de la mort que les ulcères buccaux et la pigmentation. L'auteur a constaté que les pustules qui survenaient au moment des poussées contenaient le streptocoque aureus. L'autopsie montra les lésions de la tuberculose pleuro-pulmonaire avec cavernes multiples, ulcérations tuberculeuses du larynx, ecchymoses laryngiennes et pharyngiennes, érosions de la muqueuse utérine. L'examen microscopique montra dans la peau une infiltration de petites cellules dans le derme superficiel, dans la tunique externe des vaisseaux, et autour des glandes sudoripares, en outre la pigmentation des pupilles. L'examen du système nerveux central, des ganglions, des nerfs, a été négatif.

L'impétigo herpétiforme est une maladie infectieuse, plutôt qu'une dermato-neurose, comme l'a cru Kaposi. Les grossesses, à l'occasion desquelles se manifestaient les poussées de la maladie, agissaient en diminuant la résistance de l'organisme. L'auteur passe en revue les opinions émises à ce sujet par Kaposi, Pataky, Zeisler, Dubreuilh, etc.

F. BALZER.

**Deux nouveaux cas de xeroderma pigmentaire épithéliomateux chez deux enfants de la même famille, par DE AMICIS** (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXIX*, *3*).

Le premier cas concerne un enfant de 6 ans chez lequel la maladie a débuté à l'âge de 8 mois, tandis que chez son frère âgé de 4 ans et demi, elle a débuté à l'âge d'un an. Les deux observations sont typiques : manifestations sur les parties découvertes; macules pigmentaires, télangiectasiques, atrophiques et achromiques ; ulcérations, blépharite avec ectropion, néoplasies épithéliomateuses. Les deux enfants présentaient au plus haut degré le facies xérodermique pigmentaire. Les néoplasies étaient constituées par un épithélioma angio-myxomateux. Dans les deux cas le dépérissement n'était pas en rapporavec le développement des néoplasies. L'examen du sang a été négatif et a révélé seulement la présence de nombreuses cellules éosinophiles. L'examen

des tissus n'a pas révélé la présence de microbes. L'auteur considère cette maladie comme une dystrophie congénitale de la peau dont la nature est encore inconnue. F. BALZER.

**De la tuberculose verruqueuse non ulcéreuse (lupus scléreux et non verruqueux), par BATUT** (*Soc. franç. de dermat., Ann. de derm., n° 8, 9, août-septembre 1894*).

Il en existe trois variétés de gravité croissante :

1° *Lupus scléreux.* — Il est formé par une tumeur verruqueuse, non précédée d'ulcération, et qui est la part primaire, essentielle du processus. L'auteur rapporte l'histoire d'une malade longtemps traitée pour une lésion de syphilis héréditaire. L'histologie vint en révéler la nature tuberculeuse en constatant la présence de tuberculomes avec cellules géantes infiltrées dans le derme. A signaler encore un développement extrême des papilles, tandis que l'épiderme présente plutôt un processus atrophique.

2° *Tuberculose anatomique.* — C'est la forme ordinaire de la tuberculose par inoculation accidentelle. Son origine bacillaire n'est pourtant pas admise par tous les auteurs ; cependant on en a cité de nombreux cas et le bacille y a parfois été rencontré.

3° *Tuberculose verruqueuse* de Riehl. — L'auteur en cite 2 cas. Le premier avait un aspect de tuberculose verruqueuse et s'est terminé comme un lupus scléreux. Le second ressemblait à une ulcération vulgaire et présentait cependant les lésions histologiques de la tuberculose verruqueuse. MOREL.

**Ein Fall von symetrischer Atrophie der Haut, par ZINSSER** (*Archiv f. Dermat. u. Syph., XXVIII, 2 et 3*).

Une petite fille de 12 ans présente à la face dorsale des deux mains des taches blanches, atrophiques, non pigmentées, de la dimension d'une lentille. La pigmentation est augmentée autour de ces éléments. Des taches semblables existent sur les phalanges et à la face dorsale des pieds où elles sont plus étendues qu'aux mains. L'auteur passe en revue les cas un peu analogues et notamment les macules atrophiques post-éruptives. Il croit que dans son cas, il y a atrophie de la portion superficielle du derme et diminution probable des fibres élastiques, mais il n'a pas pu faire d'examen histologique. Il attribue la localisation et la forme particulière des lésions à une affection du système nerveux central. F. BALZER.

**Psorospermoses Cutis, par A. RAVOGLI** (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., XVIII, 4*).

L'auteur a trouvé ces parasites dans l'eczéma séborréique, le lupus érythémateux et les affections qu'il appelle psorospermoses folliculaire et ulcéreuse, ainsi que dans une forme spéciale d'épithéliome ; ces diverses formes morbides sont produites par ce seul et même parasite ; leurs différences sont dues à ses localisations variables ; s'il occupe l'épiderme et les glandes sébacées, il se développe la forme d'inflammation chronique de ces parties que l'on désigne sous le nom d'eczéma séborréique ; s'il pénètre dans les follicules pileux, il se produit une kératose pilaire ; se fait-il jour jusque dans les couches profondes de l'épiderme et entre les papilles, il provoque la formation du néoplasme qui a nom lupus érythémateux ; si enfin il arrive jusque dans le chorion et détermine une proli-

fération épithéliale à son pourtour, il se produit une néoplasie que l'on désigne sous le nom d'épithéliome bien qu'elle diffère de l'épithéliome vrai. L'ichtyol agit efficacement sur ce parasite et les diverses affections qu'il engendre. H. HALLOPEAU.

**A case of mycosis fungoïdes with a premycosic stage of universal dermatitis, par COLCOTT FOX** (*Brit. med. Journ., 29 septembre 1894*).

Homme de 50 ans, vigoureux, sans antécédents morbides. Début de l'éruption par des taches morbilliformes, très prurigineuses sur la poitrine, puis extension progressive d'une dermatite exfoliatrice ayant son siège d'abord aux jambes, ensuite au tronc et à la face, avec des démangeaisons intolérables. Au bout d'un an de cet état, apparition d'une série de tumeurs nodulaires, dermiques et sous-dermiques, avec adénopathies multiples et considérables. Chaque nodule offre une couleur violacée livide, quelques-unes se développent à l'état de fongosités plus ou moins ramollies et ulcérées. Pendant ce temps, la dermatite persiste ainsi que la desquamation générale.

L'examen d'une des tumeurs montra la structure du lymphadénome ; il s'agissait d'un cas de mycosis fongoïde. La mort survint par une crise apoplectique, vraisemblablement due à une thrombose vasculaire.

La dermatite exfoliatrice dans le stade prémycosique est un fait exceptionnel ; pourtant Besnier et Riehl en ont cité des exemples. H. R.

**A case of mycosis fungoïdes, par G. STOPFORD TAYLOR** (*Brit. med. Journ., 29 septembre 1894*).

Homme de 45 ans, ayant depuis son enfance des plaques rouges, eczémateuses, aux jambes et aux coudes. Vers l'âge de 20 ans, extension de ces lésions ; un érythème généralisé survient, avec rudesse de la peau et desquamation épidermique marquée surtout à la face. Bientôt se développent sur le tronc des taches rouges, livides, papuleuses, et en même temps que les ganglions axillaires et inguinaux s'hypertrophient. On diagnostique un pityriasis rubra généralisé. Amélioration momentanée par les onctions avec la pommade chrysophanique et l'arsenic à l'intérieur ; mais bientôt, état pire, peut-être aggravé par les médicaments. Deux ans après, développement sur le dos d'une série d'excroissances fongueuses, ulcérées, suppurantes ; on résolut alors d'employer les bains continus qui amenèrent une amélioration considérable, malheureusement passagère. L'état du malade est celui d'un homme souffrant d'une dermatite exfoliatrice et s'affaiblissant par une maladie infectieuse cachectisante. H. R.

**Nature des onychomycoses, démontrée par la culture et les inoculations, par J. SABRAZÈS** (*C. R. Acad. des Sciences, 9 juillet 1894*).

L'auteur est parvenu à retirer, de la profondeur de la lame unguéale, dans deux cas d'onychomycose, des champignons qui ne se différencient pas de celui qu'il a décrit dans le favus humain spontané. Bien plus, l'inoculation du parasite extrait des ongles malades a reproduit des godets caractéristiques sur les oreilles de la souris. L'existence des onychomycoses faviques, que les recherches cliniques avaient pressentie sans pouvoir l'affirmer, est donc bien établie. M. DUVAL.

**Sur la nature tuberculeuse du lupus érythémateux disséminé de la face et des membres, par AUDRY** (*Soc. de dermat., Ann. de derm., août-septembre 1894*).

Un homme de 58 ans, porteur de lésions de tuberculose pulmonaire ancienne, présentait sur la face et les membres inférieurs des plaques très nettes de lupus érythémateux. Après la mort, l'examen d'une centaine de coupes permit de constater sur les bords de la lésion de la face des lésions typiques de tuberculose sous-cutanée en pleine activité, alors qu'aucune formation nodulaire, aucun abcès n'avaient permis de le prévoir. Sur les lésions de la cuisse le derme était beaucoup moins riche en infiltrations tuberculeuses. Enfin sur la plaque de la jambe on ne retrouvait plus histologiquement de traces de lésions tuberculeuses.

De ces faits l'auteur conclut que les examens négatifs en ce qui touche la découverte de lésions tuberculeuses histologiques dans le lupus érythémateux ne prouvent rien contre leur nature tuberculeuse.

En pareil cas, l'examen doit porter sur un très grand nombre de coupes. Enfin des lésions d'origine tuberculeuse peuvent ne plus présenter aucun caractère spécifique anatomique. MOREL.

**Un voyage chez les lépreux d'Islande, par EHRLERS** (*Semaine méd., 17 novembre 1894*).

Rapport très intéressant sur l'état de la lèpre en Islande ; l'auteur a visité la plupart des ports et petites villes et a pu voir de ses yeux la plupart des malades. Le recensement officiel de 1889 signalait 47 lépreux, E. en a trouvé 141 et encore est-il persuadé de ne les avoir pas tous notés. Sur ces 141 malades, on compte 78 hommes, 63 femmes; 70 cas de lèpre tuberculeuse, 42 de forme anesthésique, le reste de forme mixte. L'auteur montre, par le dépouillement de ses observations, contrôlées sur les documents familiaux, dont on peut suivre la filiation jusqu'au IXe siècle, que la lèpre est contagieuse, mais non héréditaire et que l'état de malpropreté dans lequel vivent les habitants favorise l'expansion de la maladie. Il est tenté de voir une parenté entre la maladie de Morvan, l'ainhum et la lèpre, mais en sépare absolument la sclérodermie et la sclérodactylie. A. CARTAZ.

**Ein Beitrag zur Kontagiosität der Lepra..... (La contagiosité de la lèpre d'après des observations faites à Riga), par A. v. REISNER** (*Monats. f. prakt. Dermatol., XVIII, 4*).

Dans ces dernières années, l'endémie lépreuse présenta à Riga un caractère nettement progressif; l'auteur a constaté comme Bergmann, que les sujets nouvellement atteints ont presque tous été en contact antérieurement avec d'autres lépreux. Dans 23 cas observés par von Reisner dans les maisons des pauvres, 9 fois la maladie s'est déclarée chez des femmes qui couchaient dans le lit voisin de celui d'une lépreuse ; 6 fois elle a atteint des individus qui avaient été pendant des années en rapports intimes avec des lépreux ; dans 4 cas, il y avait eu des contacts fréquemment réitérés avec les lépreux de l'asile.

22 de ces faits se sont manifestés dans la population de ces asiles en moins de 5 ans. L'auteur dit avoir obtenu de bons résultats du baume de Gurjun employé intus et extra. H. HALLOPEAU.

**Zur Therapie der Hautactinomycose, par STAUB** (*Therap. Monats.*, *n° 10*, *octobre 1894*).

S. a employé avec succès dans 2 cas les emplâtres à base de résorcine, de chrysarobine et d'ichtyol, additionnées ou non d'acide salicylique dans le traitement de l'actinomycose de la peau. Il attribue son succès à l'action antiseptique de ces corps et proclame la nécessité de varier les antibacillaires employés ; dans les foyers profonds on fera précéder l'application des antiseptiques de scarifications. PAUL TISSIER.

**Sur un type clinique de lichen plan débutant sur les muqueuses, par AUDRY** (*Soc. franç. de dermat.*, *Ann. de derm.*, *août-septembre 1894*).

Au cours du lichen plan les lésions de la muqueuse buccale sont assez fréquentes, mais il est très rare que ces dernières constituent les premiers signes de la maladie. L'auteur en rapporte un cas personnel. Il n'a pu relever que 5 observations. J. MOREL.

**De l'hydroa vacciniforme, par L. BROCQ** (*Ann. de derm.*, *octobre 1894*).

Chez la malade de Brocq, l'éruption récidivait fréquemment, depuis son enfance, sous l'influence du vent et des rayons solaires. Les éléments vésiculeux, avec ombilication centrale à teinte ecchymotique, occupaient le nez, les joues et les oreilles. De plus, disséminées sans ordre, on voyait des cicatrices déprimées, rappelant celles de la variole. Peu ou pas de symptômes subjectifs.

Il n'existe que 16 observations de ce genre. Dans toutes, il est fait mention des rayons solaires comme cause déterminante des poussées éruptives. Aussi l'affection prédomine en été, frappe à peu près exclusivement les régions non protégées par les vêtements et atteint de préférence le jeune âge. L'éruption débute quelques heures après l'action des agents atmosphériques ; c'est à peine si parfois un léger malaise général, avec une sensation de cuisson locale la précède ou l'accompagne. La première phase de l'éruption paraît peu connue, mais bientôt les caractères se précisent : il se forme des soulèvements épidermiques distendus par un liquide séreux et entourés d'une aréole érythémateuse. Ces vésicules peuvent s'étendre et présenter alors un centre ombiliqué diversement coloré ; puis une croûte se forme et tombe au bout de 8 à 15 jours. L'histologie révèle un processus initial franchement inflammatoire et vésiculeux, la nécrose est consécutive. Le traitement est purement prophylactique. Dès que la poussée éruptive s'est produite, exiger le repos à la chambre et l'emploi des topiques les plus simples. J. MOREL.

**The thyroid treatment of psoriasis and other skin diseases, par CRARY** (*Med. Record*, *6 octobre 1894*).

C. donne l'analyse de 9 cas de psoriasis traités par lui par l'extrait thyroïdien ; il n'y eut que 2 fois une légère amélioration. Dans d'autres affections cutanées : ichtyose, eczéma, acné, lichen plan, les résultats furent encore plus nuls. Il a remarqué parfois que la transpiration des individus en traitement prenait une odeur de mouton très désagréable, ce qui est une preuve expérimentale de l'élimination par la peau de la préparation thyroïdienne. Sous cette influence, la peau devient douce, lisse, humide, mais sans effet thérapeutique. CART.

**Zur Lehre von der Hautgeschwülsten (Étude sur les tumeurs de la peau), par JARISCH** (*Arch. f. Derm. u. Syph., XXVIII, 1 et 2, 1894*).

Cet important travail débute par une énumération critique des néoplasies qui ont été décrites sous divers noms dans ces dernières années par plusieurs auteurs, et il rapporte ensuite ses observations personnelles :

La première concerne une jeune fille de 17 ans, chez laquelle, à partir de l'âge de 7 ans, et consécutivement à un ictère, se développèrent des élevures papuleuses sur le sternum et sur diverses régions du corps, et notamment sur les paupières et le visage. Ces papules sont jaunâtres et en partie transparentes.

La description qu'il donne de ce cas correspond à celle qui a été donnée par Jacquet et Darier, Besnier, etc., de l'hydradénome éruptif. Mais l'auteur, en se basant sur la prolifération des endothéliums vasculaires, et sur la continuation directe d'un cordon épithélial avec un kyste en voie de développement dans un vaisseau sanguin, croit que le point de départ de la végétation épithéliale est dans l'endothélium ou le périthélium des vaisseaux et propose pour ces tumeurs le nom d'hémangioendothélioma tuberosum multiplex. Il ne croit pas que ces tumeurs aient pour point de départ les glandes sudoripares comme on l'a admis, ni des germes embryonnaires. Enfin il rapproche encore de ces faits le lymphangiome tubéreux multiple d'Hebra et Kaposi, en repoussant cette dénomination impropre puisque la tumeur n'a pas pour point de départ les vaisseaux lymphatiques.

Dans le second cas, observé par Jarisch, il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, de faible constitution et atteint depuis huit ans d'une affection cutanée caractérisée, d'une part, par des ulcérations peu profondes situées à la commissure interne de la paupière gauche, sur l'aile gauche du nez, sur l'arcade orbitaire gauche; d'autre part, on voyait des nodosités papuleuses disséminées sur les paupières, les sourcils, les tempes. Les ulcères présentaient assez bien les caractères de l'ulcus rodens.

Bien que dans le cas de Brooke (1892) publié sous le nom d'épithélioma adénoïde cysticum, il n'y ait pas eu formation d'ulcères, Jarisch croit que son observation se rapporte à la même affection. Il n'accepte pas cependant l'assimilation à l'hydradénome que Brooke avait admise. Le point de départ de la tumeur semble être ici les follicules pileux. A ce sujet l'auteur discute longuement aussi la dénomination d'adénome sébacé adoptée depuis le travail de Balzer et Ménétrier par Pringle, Caspary, Radcliffe Crocker, et s'appliquant à ces tumeurs papuleuses kystiques qui ont pour point de départ l'appareil pilo-sébacé. Reconnaissant ce point de départ, l'auteur propose la dénomination nouvelle de trichoépithélioma papulosum multiplex et de trichoépithélioma papulosum rodens pour les faits dans lesquels se produisent des ulcérations.

Dans un troisième cas, Jarisch rapporte l'observation d'une femme de 70 ans qui présentait à la face de nombreuses saillies papuleuses, transparentes, légèrement jaunâtres ou pigmentées. L'examen histologique montra que ces saillies étaient constituées par des masses colloïdes, formées dans le tissu conjonctif du derme superficiel.

L'auteur constatant les altérations du tissu élastique du derme, croit que les masses colloïdes sont dues à une dégénérescence spéciale de ce

tissu. Cette affection désignée sous les noms de colloïd milium (Wagner), dégénérescence colloïde de la peau, colloïdome miliaire (Besnier), n'a rien de commun avec les affections décrites précédemment comme avait pu le croire Philipson. L'auteur, à l'occasion de ce fait, passe en revue tous les faits antérieurs et rappelle que Schmidt a signalé des altérations identiques des fibres élastiques chez des individus âgés, et Reizenstein chez des individus jeunes. F. BALZER.

**Sopra due casi di epitelioma delle cicatrice, par E. PICCOLI** (*Il Morgagni, p. 521, septembre 1894*).

Piccoli rapporte deux observations : l'une d'épithélioma développé sur une cicatrice de plaie du pouce par arme à feu remontant à 24 ans ; l'autre où la lésion s'est développée sur la cicatrice d'un épithélioma de la lèvre opéré, et qui paraît être une récidive de ce dernier.

Il fait remarquer que les épithéliomas se produisent rarement sur les cicatrices de plaies réunies par première intention et sont surtout fréquents sur les cicatrices de brûlures et de caustiques. La théorie de l'inclusion de cellules épithéliales dans les cicatrices, qui a été émise pour expliquer les épithéliomas consécutifs, ne lui paraît pas suffisante ; cette variété de tumeur ne se développe, quelle que soit l'époque à laquelle remonte la lésion première, qu'à l'âge où se montrent les épithéliomas en général, et il faut l'attribuer aux mêmes causes, encore indéterminées, que les autres variétés d'épithéliomas. GEORGES THIBIERGE.

**Ueber die bakteriologische Diagnose der Acne, par MENAHEM HODARA** (*Monats. f. prakt. Dermatol., XVIII, 12*).

Dans tous les comédons de l'acné vraie, l'on trouve constamment un bacille qui a été signalé déjà par Unna ; l'auteur le considère comme la cause prochaine de l'acné. Il occupe les parties centrale et profonde des comédons ; on ne le trouve jamais dans leur extrémité externe et ce n'est que dans les cas où le comédon est très développé qu'on le rencontre dans ses lamelles superficielles. On trouve en outre dans les comédons de l'acné vraie, de gros bacilles, appelés par Unna bacille en bouteilles, et une espèce de coccus. Ces deux formes n'ont pas de distribution régulière, on les voit surtout dans la tête des comédons et leurs couches superficielles ; ils ne pénètrent jamais dans leur partie profonde ; ce sont des productions secondaires, saprophytiques. Ils sont fréquents dans les fausses acnés, tandis que les petits bacilles y font complètement défaut.

H. HALLOPEAU.

**I. — Les microorganismes du maïs altéré, par TIRELLI** (*Annali di Fren. e Sc. affine, 1894*).

**II. — Étiologie sur la pellagre, rapports avec les substances toxiques produites par les microorganismes du maïs altéré, par PELLIZZI et TIRELLI** (*Ibidem, 1894*).

I. — Dans ce travail et dans un mémoire précédent publié avec Monti, l'auteur a isolé un grand nombre de microorganismes, champignons, bacilles, microcoques, etc. Il attribue surtout une certaine valeur à deux bacilles, l'un petit, l'autre plus volumineux, ayant tous deux des propriétés

liquéfiantes et putréfiantes et qui trouvent dans le maïs un terrain favorable à leur développement.

II. — Les auteurs concluent de leurs recherches et de leurs expériences que le maïs peut contenir des bactéries de la putréfaction qui donnent lieu à la formation de substances très toxiques. Injectées dans la peau ou dans les vaisseaux des chiens ou des lapins, ces substances déterminent des accidents qui se rapprochent de ceux de la pellagre. F. BALZER.

**Ueber Tricorrhexis des Kopfhaares der Konstantinopler Frauen, par MENAHEM HODARA** (*Monats. f. prakt. Dermat.*, *XIX*, *4*).

La tricorrhexis est très répandue chez les femmes de Constantinople et sa fréquence augmente constamment. L'auteur, comme l'a fait déjà Raymond, la considère comme parasitaire. Il a trouvé en effet, dans les cheveux qu'il a examinés à ce point de vue, des bacilles sous forme de bâtonnets à extrémité arrondie, entourés d'une zône claire et d'une membrane très fine. Ils peuvent, en se développant, prendre des formes diverses dont on trouve des spécimens sur les cheveux atteints ; ce sont soit des amas de ces bacilles entourés d'une fine membrane, soit des corpuscules ronds, isolés ou agglomérés irrégulièrement, soit des corps plus volumineux, plus ou moins régulièrement cylindriques ou fusiformes ; ces divers éléments peuvent être inclus dans des masses creuses, ces parasites se trouvent surtout en abondance au niveau des nouures. L'auteur les a cultivés et a reproduit la maladie en mettant leurs produits de culture en contact avec des cheveux sains chez une jeune fille qui en était indemme. S'agit-il de l'affection qui est décrite en Europe sous le même nom? Elle est plus fréquente chez les femmes de Constantinople que dans nos contrées, mais ce n'est pas là une différence essentielle ; les parties intermédiaires aux nouures seraient altérées à Constantinople, indemmes en Europe ; des recherches nouvelles seront nécessaires pour établir le bien fondé de cette distinction. H. HALLOPEAU.

**The present position of the question of vegetable hair parasite, par LESLIE ROBERTS** (*Brit. med. Journ.*, *p. 685*, *29 septembre 1894*).

Leslie Roberts s'élève contre les conclusions de Sabouraud. Il ne croit pas à la multiplicité des espèces, mais à des variétés dépendant du terrain et de la culture. Il le prouve de la façon suivante : il prend un cheveu envahi par le tricophyton mégalosporon et le cultive dans une infusion de malt. Quelques jours après, il met dans le liquide de culture un cheveu humain sain ; puis, une semaine plus tard, il examine les deux cheveux. Or, tous deux présentent les caractères du tricophyton microsporon, et le cheveu initial a perdu les caractères du tricophyton mégalosporon.

H. R.

**La teigne tricophytique et la teigne spéciale de Gruby, par SABOURAUD** (*In-4° avec 174 fig.*, *Paris*, *1894*).

Cette partie de l'ouvrage de Sabouraud est extraite de l'Atlas de Doyen. En mettant en regard du texte de nombreuses figures admirablement reproduites, Sabouraud étudie successivement l'influence de la composition chimique du milieu de culture sur la forme des cultures cryptogamiques

et les associations cryptogamiques dans les tricophyties, fait important qu'il ne faut pas perdre de vue dans leur étude. Vient ensuite l'étude des tricophyties humaines (*R. S. M.*, XLIV, 609), avec tricophyton à mycélium récidivant ou à mycélium fragile sous l'influence de la potasse; puis l'étude des tricophyties animales transportées sur l'homme, le tricophyton du chat qui donne lieu à l'herpès iris vésiculeux de Biett, le tricophyton du cheval qui donne lieu au sycosis, le tricophyton du porc, enfin les tricophyties exotiques, notamment la teigne imbriquée de Manson. Dans la vie parasitaire, les tricophytons ne fournissent que des spores mycéliennes ou des filaments mycéliens et jamais de spores externes sur des hyphes sporifères; dans les cultures, les filaments se couvrent de spores externes, supportées chacune par un pédicule court. Les espèces ectothrix fournissent aussi de longs fuseaux multiloculaires qui peuvent être considérés comme des chlamydospores. Les tricophytons doivent être rapprochés du groupe des botrytis avec lesquels ils présentent une frappante ressemblance. La teigne spéciale de Gruby ou tondante à petites spores est causée par le microsporon Audouini. Ce parasite peut exister aussi sur le cheval. Chez l'homme il ne s'observe que dans l'enfance. Ce n'est pas un botrytis ; sa place botanique n'est pas encore marquée. Aucun autre système analogue avec l'hyphe sporifère pectinée n'a été décrit parmi les mucédinées. F. BALZER.

**Tricophytie blépharo-ciliaire, par MIBELLI** (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XIX*, *3*).

L'auteur rapporte les observations de quatre individus : le père, ses deux fils et son serviteur, affectés d'une tricophytie qui présentait diverses formes chez chacun d'eux. Elle paraissait provenir des bœufs appartenant à cette famille, chez lesquels on avait observé également la tricophytie. Le serviteur présentait seulement une tricophytie maculeuse ainsi que l'un des enfants; l'autre enfant avait la teigne avec extension au bord libre des paupières ; le père avait une tricophytie de la bouche avec folliculite suppurative. L'auteur donne avec détails complets l'observation de l'enfant et une autre observation de tricophytie des cils, observée chez un malade âgé de 26 ans. L'épilation répétée avec des lavages au sublimé à 1/5000 parvint à guérir la tricophytie des cils dans les deux cas. Cette localisation du tricophyton est rare; l'auteur en cite deux autres cas observés par Pellizzari et Maiocchi.

En se basant sur ses observations, l'auteur argumente la doctrine de la pluralité des tricophytons soutenue surtout par Sabouraud. Il fait observer que le père de l'enfant malade présentait un tricophyton ectothrix (origine animale suivant Sabouraud) dans la barbe, tandis que l'enfant présentait un tricophyton endothrix (origine humaine) aux cils. Il est vraisemblable pourtant que les deux tricophyties avaient été contractées à la même source. L'auteur est plus disposé à admettre des formes diverses du même tricophyton suivant son adaptation aux sièges qu'il peut occuper.

Les cultures n'ont pas été faites. F. BALZER.

**Traitement de la tricophytie du cuir chevelu par la chrysarobine, par DU CASTEL** (*Soc. franç. de dermat.*, *et Ann. de derm.*, *août-septembre 1894*).

Unna prétend guérir la trichophytie en 2 ou 3 semaines. Son pansement est très compliqué. Du Castel l'a simplifié et a pu impunément augmenter beaucoup les doses de chrysarobine. A l'action de la pommade,

il a joint celle de l'occlusion par l'application d'une couche de collodion ou d'un emplâtre. Pas d'effets par les faibles doses. Avec la pommade à 5 0/0, on note un léger érythème, suivi, au bout de quelques jours, de la chute d'une pellicule épidermique sèche et brune. Les cheveux malades deviennent noirs et cassants, les cheveux sains sont seulement teintés en brun. Le résultat a été loin de celui de Unna : 32 0/0 des malades ont été guéris en 3 mois ; quelques cas ont résisté plus de 2 ans. Une seule fois il y a eu de la vésication avec des doses élevées. J. MOREL.

**Technique pratique de l'épilation par l'électricité, par HAYES, BERGONIÉ et DEBEDAT** (*In-16, Paris, 1894*).

Utile petit livre dans lequel les auteurs ont complété le travail de Hayes (de Chicago) par leurs études personnelles. Ils donnent successivement la description des appareils employés pour l'électrolyse, le manuel opératoire, les précautions d'anesthésie et d'antisepsie qu'il faut prendre, et l'indication des petites fautes de pratique que le médecin doit rigoureusement éviter. F. BALZER.

**Zwei Fälle von Keratosis und Melanosis nach innerlichem Arsengebrauch, par Ernst HEUSS** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 10, p. 301, 15 mai 1894*).

Kaposi (*Arch. f. Dermat. und Syph.*, 1894) n'admet pas les productions cornées de la peau d'origine arsénicale signalées dès 1887 par Hutchinson (*R. S. M.*, XXXII, 565), et dont les exemples ont été publiés depuis par P. Barthélemy, Brooke, R. Crocker, Pringle, C. Rasch (*R. S. M.*, XLII, 233), C. Bock, H. von Hebra.

Heuss est d'avis cependant que les kératoses de cette nature, plus communes qu'on ne pense, sont souvent rapportées à la dermatose originelle pour laquelle on a institué la médication arsénicale. D'après lui on peut généralement les diagnostiquer en se basant sur les considérations suivantes :

1° Leur siège exclusif à la paume des mains ou à la plante des pieds ou à l'une et à l'autre ;

2° Leur évolution chronologique concordant avec celle du traitement ;

3° La coexistence d'autres symptômes d'arsénicisme ;

4° Le sexe féminin des malades.

Heuss relate 2 nouveaux cas de kératose arsénicale, dont le deuxième était compliqué de pigmentation des téguments. J. B.

**Sur les syphilis régionales à localisations cutanées et osseuses, par HALLOPEAU** (*Soc. franç. de dermat., et Ann. de derm., août-septembre 1894*).

Au lieu de se disséminer, les manifestations tertiaires se localisent parfois systématiquement et d'après des lois peu connues, en un certain nombre de foyers. Il arrive que cette localisation soit régie par le développement de syphilides dans d'autres tissus d'une même région. Ainsi chez un syphilitique l'auteur a vu une syphilide serpigineuse de l'épaule s'accompagner d'exostoses multiples de l'acromion. Dans deux autres cas des lésions spécifiques superficielles se sont accompagnées d'exostoses tibiales. Mêmes périostoses sur les deux tibias d'un quatrième malade porteur de cicatrices de syphilides serpigineuses. Partout ailleurs,

dans ces cas, le squelette était intact. D'ailleurs il n'y a pas eu propagation directe des téguments superficiels aux tissus profonds mais probablement action trophique de la lésion superficielle sur le tissu osseux, comme on l'observerait pour les staphylomes symétriques. J. MOREL.

**Syphilis rénale congénitale, par MASSALONGO** (*Ann. de derm., août-septembre 1894*).

Petite fille, morte à 6 mois au milieu d'accidents urémiques, et qui avait présenté des signes non douteux de syphilis héréditaire. L'examen histologique révéla une néphro-syphilose avec sclérose du tissu conjonctif et prédominance des lésions d'endo et de périartérite. Pareilles lésions artérielles se retrouvaient, à un moindre degré, dans la rate et le foie. La profondeur et la diffusion des altérations font croire à l'auteur qu'il s'agit d'une dystrophie frappant les tissus dès leur formation. C'est, à sa connaissance, le premier cas d'artérite hérédo-syphilitique et de néphrite artérielle syphilitique aussi marquées.
J. MOREL.

**Leucomélanodermie syphilitique, par GÉMY** (*Ann. de derm., août-septembre 1894*).

Chez le premier malade l'affection avait débuté à 12 ans, sur la cuisse droite, par un bouton ulcéré dont la cicatrice resta blanche. Depuis la plaque d'achromie s'étendit par l'apparition successive d'un grand nombre de ces ulcérations. Actuellement les diverses plaques sont ou gaufrées ou lisses, d'un blanc nacré, d'une souplesse égale à celle des tissus sains, et siègent sur la cuisse et la partie antérieure droite du thorax et de l'abdomen. En arrière, sous l'omoplate, on voit quelques tubercules et une plaque polycyclique, à fond rosé, plus récente. Il existe par places des îlots cutanés à coloration très foncée. L'histologie a montré l'absence de toute lésion de la peau autre que l'augmentation ou l'absence complète des grains pigmentaires dans les cellules profondes du corps muqueux de Malpighi. Chez le deuxième malade, les plaques blanches sont en partie groupées autour d'une ulcération de l'avant-bras droit et en partie sous l'angle de l'omoplate, à droite. Le troisième portait sur les diverses parties du membre supérieur droit des cicatrices blanches identiques. Mêmes îlots en avant et en arrière du thorax, à droite, ainsi que sur la partie antérieure de la cuisse correspondante. En outre, sur la face interne des joues existent des plaques leucoplasiques. Chez tous, les ulcérations, cause de ces cicatrices blanches, ont rapidement cédé au traitement spécifique. L'affection serait assez fréquente en Kabylie. J. MOREL.

**Essai sur le diabète sucré syphilitique, par CHARNAUX** (*Thèse de Paris, 1894*).

Etude confirmative de l'existence d'un diabète sucré dû à la syphilis. Sa fréquence, peut-être plus grande qu'on ne l'a jusqu'alors signalée, coïncide en général avec d'autres manifestations tertiaires. Tantôt il paraît dépendre de lésions nerveuses spécifiques, tantôt d'altérations syphilitiques pancréatiques ; d'autres fois, il semble provoqué par la syphilis chez des sujets prédisposés. Sous ces trois modes pathogéniques il constituerait ainsi les diabètes nerveux, pancréatique et para-syphilitique. Les deux premiers seraient justiciables du traitement spécifique seul ; quant à la troisième variété elle devra être combattue par le double traitement de la syphilis et du diabète simple, comme on a l'habitude de le faire dans les cas où les deux affections coïncident tout en étant indépendantes comme origine. OZENNE.

**Morbus Brightii syphilitischen Ursprungs, par ELSENBERG** (*Archiv f. Derm. und Syph., XXVIII, 2 et 3, 1894*).

Les divers types principaux de syphilis rénale s'observent : 1° pendant la période secondaire, au moment des poussées éruptives ; l'albuminurie est ordinairement passagère, comme cela se voit dans beaucoup de maladies infectieuses ; 2° on peut observer le mal de Bright aigu aux diverses périodes de la syphilis, sans qu'il diffère de la même affection envisagée en dehors de la syphilis ; 3° le mal de Bright chronique ne présente pas non plus de caractères spéciaux ; 4° Wagner, Key, Weigert ont observé l'atrophie unilatérale du rein et des atrophies partielles ; 5° la dégénérescence amyloïde appartient aux syphilis anciennes avec ulcères, lésions osseuses ou articulaires ; 6° les gommes du rein, seule lésion vraiment caractéristique. Les diverses statistiques dressées par les auteurs démontrent la rareté de cette localisation de la syphilis viscérale. Dans 2 cas que l'auteur a eu l'occasion de suivre et dont il rapporte l'autopsie, les lésions rénales étaient celles de la néphrite interstitielle chronique, aboutissant au rein atrophique ou granuleux. Les albuminuries de la période secondaire, même celles qui semblent réellement symptomatiques d'une néphrite, guérissent par le traitement de la syphilis, bien que parfois elles persistent un certain temps après la disparition des accidents secondaires. F. BALZER.

**Pleurésie syphilitique de la période secondaire, par BROUSSE** (*Soc. franc. de dermat., Ann. de derm., août-septembre 1894*).

Avec les 3 cas personnels Brousse a rassemblé 19 observations :

Dans sa première observation il s'agit d'une pleurésie qui diminue par le traitement spécifique, s'aggrave par sa suspension, et enfin coïncide avec des poussées arthralgiques cédant au traitement mixte. Dans le deuxième cas, il y a eu deux poussées successives, dont l'une intense avec épanchement et symptômes généraux sérieux. Le tout a disparu rapidement par le traitement mercuriel. La troisième observation se rapproche beaucoup de la précédente.

Aucun caractère bien tranché ne sépare la symptomatologie de la pleurésie syphilitique, elle résiste au traitement habituel des pleurésies et cède sous l'influence du traitement mixte. Pour l'auteur, la pleurésie est de même origine que les arthralgies qui se montrent au début de la période secondaire. La cause de cette localisation serait « la moindre résistance » de la plèvre chez les individus frappés, circonstance notoire dans les 3 cas qu'il rapporte. J. MOREL.

**Rétrécissements syphilitiques de l'urètre, par ALBARRAN** (*Semaine méd., 31 octobre 1894*).

Il existe deux variétés de rétrécissements : les premiers, contemporains de l'induration syphilitique, transitoires, cédant au traitement spécifique ; ils dépendent de l'infiltration périchancreuse ou gommeuse. Les autres n'ont de syphilitique que l'origine ; ce sont des rétrécissements cicatriciels par lésion destructive du canal et qui ne guérissent que par le traitement des rétrécissements ordinaires. A. C.

**De la paralysie faciale périphérique précoce secondaire dans la syphilis, par BOIX** (*Archives gén. de méd., février 1894*).

L'hémiplégie faciale, assez fréquente dans la syphilis tertiaire, est rare dans les stades avancés de la période secondaire, exceptionnelle au début des accidents secondaires. Boix rapporte une observation de paralysie faciale périphérique accompagnée de zona occipito-cervical gauche, survenu trois mois après un chancre syphilitique chez un homme de 35 ans.

RICHARDIÈRE.

**Contribution à l'étude de la phlébite syphilitique, par MENDEL** (*Archives gén. de méd., mars 1894*).

On peut observer des phlébites à la période secondaire et à la période tertiaire de la syphilis.

Les phlébites secondaires sont très rares ; l'auteur n'a pu en réunir que 10 observations. Elles ont pour caractère principal de frapper plusieurs veines à la fois ou successivement. Le pronostic de ces phlébites est ordinairement bénin.

La phlébite tertiaire peut être considérée comme une gomme veineuse. Elle est extrêmement rare. Son histoire est basée sur deux observations de Langenbeck. RICHARDIÈRE.

**Ueber die Behandlung der Syphilis mit 50 0/0 oleum cinereum, par CLÄSSEN** (*Therap. Monats., 10, p. 493, octobre 1894*).

L'huile grise à 50 0/0 est un antisyphilitique précieux, sûr et prompt, il est à préférer au point de vue de la durée de la cure, du nombre des injections et de la proportion des récidives à l'huile grise à 30 0/0 et au salicylate de mercure. Elle est indiquée lorsque le traitement habituel et les frictions sont difficiles à pratiquer par les malades. Les précautions nécessaires sont : le choix de la dose, une antisepsie rigoureuse pour les injections, une propreté soigneuse du côté de la bouche et des dents et un genre de vie non irritant pour le tube intestinal.

C. a traité 205 femmes et 100 hommes. Des 205 femmes, 180 furent guéries, 19 furent améliorées, 6 ne furent pas modifiées. La durée du traitement fut en moyenne de 28 jours ; la quantité moyenne d'injections fut de 5. Sur les 100 hommes, 70 furent guéris, 25 furent améliorés, 5 ne furent pas modifiés. La quantité d'injections fut en moyenne de 6. Le traitement dura 40 jours. La stomatite ne fut pas observée chez l'homme. 10 fois chez la femme, 3 fois seulement d'une façon grave ; il n'y eut que 2 abcès. PAUL TISSIER.

**Ueber intravenöse Injectionen mit Sublimat, par Guido BACCELLI** (*Berlin. klin. Woch., n° 13, p. 301, 26 mars 1894*).

Après avoir expérimenté avec profit les injections intraveineuses de quinine dans la fièvre paludéenne (*Rif. med.*, 1890), Baccelli a eu l'idée d'employer une médication analogue dans la syphilis ; chez deux malades atteints d'accidents cérébraux qui avaient résisté à l'iodure de potassium à hautes doses et au mercure administré par l'estomac, en frictions et en injections

hypodermiques, il a pratiqué des injections intraveineuses avec une solution au millième de sublimé, additionnée de 3 grammes de chlorure sodique. La salivation se produit au bout de 5 à 6 minutes. On injecte quotidiennement et graduellement de 1 à 8 milligrammes de bichlorure; à partir de 4 milligrammes, on peut se servir d'une solution à 2 0/00 afin de ne pas rendre l'injection trop volumineuse. J. B.

**I. — Sur les injections mercurielles, par JULLIEN** (*Soc. franç. de dermat., et Ann. de derm., août-septembre 1894*).

**II. — Note sur les injections de préparations mercurielles insolubles et en particulier d'huile grise dans le traitement de la syphilis, par THIBIERGE** (*Ibid.*).

**III. — Des injections hypodermiques de substances mercurielles dans le traitement de la syphilis, par AUGAGNEUR** (*Ibid.*).

I.— Au congrès de 1889, Jullien montrait la fréquence de la dyspepsie au cours de la syphilis et incriminait le traitement par la voie gastrique et insistait sur l'adoption de la méthode hypodermique.

Il revient aujourd'hui sur cette question et réfute les objections faites à l'emploi des injections.

II. — Thibierge, depuis près d'un an, a fait 200 injections de préparations mercurielles insolubles. Sauf pour le début du traitement de quelques cas de syphilis grave où le calomel a d'abord été injecté, c'est l'huile grise qui a été utilisée, à la dose de 3 gouttes dans les muscles de la fesse, une fois par semaine.

La plupart des injections ont laissé des nodosités profondes, douloureuses pendant 5 à 10 jours, mais qui n'ont jamais obligé le malade à s'aliter plus d'une journée. Les douleurs intenses sont l'exception ; elles constituent néanmoins l'écueil de cette méthode. Les accidents buccaux n'ont pas été plus marqués ici que dans la méthode gastrique. Un seul cas de stomatite intense, et cela chez une femme qui avait en outre pris 5 ou 6 injections vaginales au sublimé.

L'auteur recommande cette préparation dans les syphilis graves ou rebelles, de préférence aux injections solubles qui sont douloureuses et doivent être fréquemment renouvelées.

III. — Le traitement classique par les pilules doit rester la règle. En effet, les cas de syphilis observés sont en majorité relativement bénins, et nombreux sont les accidents provoqués par les injections.

De ces intoxications quelques-unes se sont terminées par la mort, d'autres, graves et chroniques, ont plusieurs fois nécessité l'excision du foyer. Les indications de la méthode hypodermique manquent de précision; les récidives sont tout aussi fréquentes.

Sa vraie raison d'être serait dans l'imprégnation constante de l'organisme par l'agent thérapeutique. Mais en fait les réactions inflammatoires développées autour des substances injectées en troublent considérablement l'absorption. Aussi la supériorité des injections sur les frictions n'étant nullement démontrée, l'auteur voudrait qu'on n'utilisât celles-ci qu'à titre exceptionnel, en cas d'échec des frictions, sauf dans certaines formes de syphilis cérébrale où on pourrait les employer d'emblée.

J. MOREL.

**Le rhumatisme blennorragique chez les enfants à propos de deux nouveaux cas, par MONCORVO** (*Méd. infantile, 15 juillet 1894*).

Relation de deux cas de polyarthrite blennorragique chez deux fillettes, l'une de 3 mois, l'autre de 2 ans, avec conjonctivite et vulvo-vaginite. Chez l'une de ces enfants, l'examen bactériologique dénota la présence du gonocoque dans l'écoulement vulvaire et dans le sang retiré de la pulpe du doigt.

L'auteur insiste sur la fréquence de ces vulvo-vaginites, presque toujours blennorragiques ; il discute les origines contagieuses, le diagnostic différenciel avec le rhumatisme simple, l'arthrite tuberculeuse. Après avoir montré les divergences sur l'interprétation pathogénique de cet accident, il le considère comme le résultat d'une infection mixte. La quinine, l'antipyrine, le salicylate, les iodures joints à la compression et l'immobilisation amèneront la guérison de cette complication. A. CARTAZ.

**Urétro-cystite blennorragique compliquée d'emblée de purpura infectieux, par BALZER et LACOUR** (*Soc. franc. de dermat., Ann. de dermat., août-septembre 1894*).

Un jeune homme de 18 ans a un rapport infectant le 5 mai ; le 7 et le 8, apparaît du purpura sur les membres inférieurs, en même temps que l'écoulement blennorragique se déclare ; le 9, cystite avec hématurie. Le 12, il entre à l'hôpital sans avoir fait de traitement. Etat typhoïde grave ; purpura généralisé peu fébrile (38°) ; gastro-entérite avec hématémèses et melœna, vomissements bilieux, diarrhée avec vives douleurs. Epistaxis et stomatorragie légères ; hématurie abondante ; arthralgies et myalgies intenses. Disparition de l'écoulement urétral ; on râcle la paroi du canal pour déceler le gonocoque. Le malade paraît perdu. Cependant le 20, l'amélioration commence ; le 22, l'hématurie cesse, mais les urines restent albumineuses. Nouvelles poussées de purpura le 21 et le 25 mai. Le 1er juin, à la suite d'une infraction au régime lacté, nouvelle poussée plus grave ; la dernière a eu lieu le 31 juillet. Dans l'intervalle alternatives dans l'intensité de la cystite et apparition d'une épididymite avec rechute légère. Le 30 juillet, il n'y a plus de signes d'infection générale, et l'urétro-cystite est en voie de guérison.

L'examen bactériologique a montré la présence du gonocoque et du staphylocoque blanc dans le canal et dans le sang. J. MOREL.

**Ueber die Localisation..... (Des localisations du gonocoque dans l'organisme ; pleurésie et arthrite développées sous son influence), par BORDONI-UFFREDUZZI** (*Deutsche med. Woch., n° 22, 1894*).

La plupart des observations dans lesquelles on a constaté la présence du gonocoque dans les tissus atteints d'inflammation (arthrite, péritonite, endocardite), ne donnent pas une absolue conviction parce qu'en général les auteurs de ces observations se sont contentés de l'examen microscopique et n'ont pas cherché à obtenir des cultures pures, de sorte qu'il est possible d'attribuer ces inflammations à des infections secondaires. Il n'en est pas de même du cas observé par Mazza dans lequel l'auteur a obtenu par le procédé de Wertheim des cultures pures de gonocoques du liquide pleurétique ; il s'agissait d'une fille de 11 ans, infectée dans un viol et consécutivement atteinte de polyarthrite et de pleurésie de nature blennorragique.

Dans le cas observé par l'auteur, non seulement le procédé de Wer-

theim a donné une culture pure de gonocoques avec le liquide provenant de l'articulation tibio-tarsienne, mais l'inoculation à l'urètre humain, a donné une blennorragie authentique. L'auteur a trouvé un sujet qui s'est prêté de bonne volonté à cette expérience et qui présentait toute garantie contre l'hypothèse d'une infection antérieure. H. DE BRINON.

---

# ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

**Contributo allo studio dell' arte nei pazzi. Di alcuni lavori artistici eseguiti di alienati, par G. ANGELUCCI et A. PIERACCINI** (*Manicomio prov. di Macerata, 1894*).

Les auteurs ont rassemblé les travaux artistiques (dessins, médaillons, sculptures, etc.) exécutés par des aliénés de l'asile de Macerata, et donnent, dans leur livre, la reproduction des plus importants parmi ces travaux curieux à bien des égards; ils font suivre ces photographies de tous les renseignements cliniques et anatomiques nécessaires pour les expliquer et pour se faire une idée de l'état mental de leur auteur. Dans l'introduction, Angelucci et Pieraccini font remarquer que ces travaux artistiques sont fort différents de ceux qu'a collectionnés Codeluppi dans l'asile de Montelupo, qui est un asile judiciaire, et contient par conséquent des aliénés criminels. Les productions artistiques de ces derniers se distinguent par la fréquence des manifestations érotiques et par la recherche spéciale des scènes d'assassinat, d'agression, ainsi que par un penchant à représenter des armes : poignards, pistolets, fusils, etc. Ce livre constitue un recueil important pour l'histoire de l'art chez les aliénés, et, comme le font présager les auteurs, les documents qu'il contient permettent de pénétrer par un côté, jusqu'à présent trop négligé, dans le mécanisme intime des opérations psychiques chez les aliénés.

PIERRE MARIE.

**Note sur un cas de folie urémique consécutif à un rétrécissement traumatique de l'urètre, par CULLERRE** (*Archives de neurol., n° 89, p. 2, 1894*).

Il s'agit d'un homme de 36 ans, qui, à la suite d'une rupture de l'urètre eut un rétrécissement progressif. 9 ans après chute sur la tête, puis causes déprimantes d'ordre physique; accès alcooliques habituels. Rétention d'urine complète. Délire violent qui s'aggrave ainsi que l'état général jusqu'à ce que l'urétrotomie interne permette l'issue de l'urine. A partir de ce moment, le délire s'atténue progressivement et la guérison survient lentement. L'empoisonnement urinaire semble avoir joué le rôle principal dans l'éclosion des accidents mentaux. P. S.

**De la confusion mentale, par HANNION** (*Thèse de Paris, 1894*).

Cette forme de troubles mentaux est très différente par ses caractères cliniques et sa signification psychologique de toutes les psychoses admises

dans les classifications actuelles. On la rencontre dans un certain nombre d'affections plus ou moins bien constituées (épilepsie, délires aigus, etc.), ou dans des états particuliers (ivresse alcoolique ou chloroformique, etc.), mais elle peut se montrer isolée, en dehors de toutes les conditions pathogéniques connues. La confusion mentale en tant qu'expression symptomatique mérite de prendre place dans les classifications à côté de la manie et de la mélancolie, à condition de la distinguer de la « confusion dans les idées ». L'ignorance où l'on est des troubles organiques qui la déterminent ne justifie pas l'épithète de primitive parce qu'un ensemble symptomatique, si complexe qu'il soit, ne saurait être considéré comme primitif. Cinq observations très soigneusement prises servent de base à ce travail qui résume en outre l'état actuel de cette question controversée. P. S.

**Du torticolis mental, par BOMPAIRE** (*Thèse de Paris, 1894*).

A côté des spasmes du cou d'origine organique, il existe une variété qui mérite le nom de torticolis mental. Ce torticolis est un syndrome commun à diverses névroses ou psychoses, telles que l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie, les spasmes dits fonctionnels, etc. Il est des cas où le torticolis mental apparaît en dehors de ces causes comme une manifestation de la dégénérescence simple. Ce torticolis mental des dégénérés a une origine psychique ; les caractères cliniques n'offrent du reste rien de spécial. Il comporte un pronostic réservé. Son traitement est essentiellement psychique. P. S.

**Les états intellectuels dans la mélancolie, par G. DUMAS** (*Thèse de Paris, 1894*).

La mélancolie se résout en deux séries distinctes de phénomènes psychiques et de phénomènes moteurs.

Les phénomènes psychiques sont des idées, des images et des sensations. Les phénomènes moteurs sont dans leur ensemble des phénomènes d'arrêt ou de ralentissement, dont le point de départ est la vaso-constriction. C'est dans le corps, dans les changements, dans les phénomènes d'arrêt qu'il subit, et la cénesthésie qui les accompagne, qu'on doit chercher la cause première de la maladie. Les sensations organiques appellent des idées ou des images par association et le délire s'établit. Dans d'autres cas plus rares c'est une idée fixe ou un événement douloureux qui entraîne par association automatique des phénomènes de vaso-constriction et détermine l'état organique auquel correspond la cénesthésie mélancolique. La mélancolie est une maladie organique avant tout. Quant à la loi d'organisation des états intellectuels qui se greffent sur l'état organique dans l'aboulie et la mélancolie, elle est unique et s'exerce toujours dans le sens de la synthèse. C'est un besoin interne de logique, une horreur de l'absurde, qui détermine et coordonne les associations d'idées. P. S.

**La folie diathésique, par CROCQ fils** (*Gaz. hebd. de méd. Paris, 23 juin-21 juillet 1894*).

L'aliénation mentale est fréquente chez les diathésiques ; les maladies diathésiques, même quand elles disparaissent au moment de l'apparition

de la folie, n'en sont nullement la cause ; elles dépendent, comme l'aliénation mentale, d'une cause commune, la diathèse ou dégénérescence du système nerveux.

L'aliénation mentale est fréquente dans la famille des diathésiques. Toutes les maladies diathésiques sont susceptibles de se transformer héréditairement en folie. Celle-ci, d'autre part, se transforme fréquemment en toutes les formes des manifestations de la diathèse. LEFLAIVE.

**Zur diagnostischen Bedeutung..... (De la signification au point de vue du diagnostic du réflexe du pied) par Th. ZIEHEN** (*Deutsche med. Woch.*, *nos 33 et 34, 1894*).

Les recherches de Ziehen ont porté sur une série de 1,900 malades de la clinique psychiatrique d'Iéna.

Il en déduit les conclusions suivantes :

Dans la paralysie générale, la perte du réflexe achilléen est deux fois plus fréquente que la perte du réflexe patellaire. Comme d'autre part, le réflexe achilléen manque très rarement dans les psychoses fonctionnelles et dans la neurasthénie, sa perte prend une importance considérable au point de vue du diagnostic précoce de la paralysie générale.

Dans la démence sénile, la perte du réflexe achilléen est fréquente mais sans grande valeur diagnostique parce qu'elle marche de pair avec les autres troubles morbides.

Dans la syphilis cérébrale, la perte du réflexe achilléen peut constituer l'unique symptôme du début, de même que le rétrécissement pupillaire unilatéral ou la perte isolée du phénomène du genou.

Dans la débilité mentale ou congénitale, la recherche du réflexe ne présente aucun intérêt.

La contraction clonique du pied est plus fréquente dans l'hystérie que dans l'épilepsie, la perte du réflexe achilléen après les crises épileptiques est assez fréquente mais sans rapport avec l'intensité de la crise.

Dans l'alcoolisme chronique, l'affaiblissement ou la perte du réflexe est plus fréquente que la contraction clonique.

Dans les psychoses fonctionnelles et dans la neurasthénie, la perte unilatérale ou bilatérale du réflexe achilléen est très rare (*R. S. M.*, XXXIX, p. 214). H. DE BRINON.

**I. — Sur les altérations de la faculté musicale dans les affections cérébrales, par W. IRELAND** (*Journ. of mental sc.*, *n° 134, p. 354, 1894*)

**II. — La musique et la faculté musicale dans l'aliénation mentale, par Richard LEGGE** (*Ibidem*, *n° 134, p. 354, 1894*).

I. — De sa revue critique de la question l'auteur conclut que le champ cérébral où se localisent les sensations et l'activité musicales n'est pas confiné dans les circonvolutions de l'hémisphère gauche atteintes dans l'aphasie motrice et sensorielle. La faculté musicale semble s'exercer des deux côtés de l'encéphale. Il ne semble pas, par contre, qu'il y ait un centre spécial pour les facultés musicales.

II. — La conclusion de cet article est que la faculté musicale se ren-

contre chez les idiots, déchoit chez les déments et se perd ou s'altère chez les paralytiques. P. S.

**Des lésions histologiques de la paralysie générale étudiée d'après la méthode de Golgi, par KLIPPEL et AZOULAY** (*Archives de neurol.*, *n° 90, p. 81, 1894*).

Dans un cas de paralysie générale les auteurs ont trouvé les lésions suivantes qu'aucune autre méthode ne rendait visibles. On constate d'abord des altérations portant sur le panache périphérique de la tige protoplasmique, puis sur la tige elle-même et sur ses expansions latérales et les expansions protoplasmiques basilaires ; enfin sur le corps de la cellule. Au premier stade ces altérations consistent dans une abrasion graduelle des épines couvrant les expansions protoplasmiques, puis en l'agglutination de plusieurs épines, ensuite dans la coalescence des petites boules de protoplasma ainsi formées en de plus grosses qui rendent difformes les expansions et la tige protoplasmiques ; en quatrième lieu en la disproportion du corps cellulaire devenu globuleux ou piriforme, enfin dans l'atrophie plus ou moins avancée du panache de la tige, des expansions protoplasmiques et du corps cellulaire demeurant souvent méconnaissables avec de rares moignons d'expansions protoplasmiques. Ce sont surtout les grandes cellules pyramidales qui sont atteintes. Les cellules du cervelet présentent des altérations semblables.

Ces découvertes donnent un appui à la théorie parenchymateuse de la paralysie générale. En outre, le rôle de ces saillies protoplasmiques étant d'établir des rapports fonctionnels entre les cellules nerveuses et les prolongements terminaux des cylindres d'axe venant se terminer à leur voisinage dans l'écorce, on comprend qu'un processus destructif les atteignant il y ait retard, trouble ou perversion dans la marche de l'influx nerveux, quelle que soit sa nature. P. S.

**I. — Du chloralose chez les hallucinés, par MARANDON DE MONTYEL** (*France méd.*, *24 août 1894*).

**II. — Le chloralose chez les aliénées, par L'HOCAT** (*Mercredi méd.*, *22 août 1894*).

I. — Le chloralose administré à la dose de 30 à 50 centigrammes par jour, à neuf aliénés jeunes, entrés depuis peu et dont la maladie n'était pas de date ancienne, n'a amené aucune amélioration des hallucinations. Dans huit cas le médicament a aggravé l'état mental des malades : les troubles sensoriels ont été plus accusés et par suite le délire et la surexcitation plus marqués. Chez trois de ces malades, le chloralose a paru précipiter l'arrivée des idées de grandeur qui n'existaient pas encore.

II. — Le chloralose a été administré à 16 aliénées agitées, moins pour provoquer le sommeil que pour calmer leur excitation cérébrale. La dose a varié de 25 à 60 centigrammes (exceptionnellement 1 gramme), ce qui a suffi à calmer l'agitation. On a observé de rares insuccès, dus à l'insuffisance des doses. Dans deux cas, les hallucinations ont disparu sous l'influence du chloralose, pour renaître sitôt qu'on cessait le médicament. Dans un cas, 80 centigrammes ont totalement annihilé de grands mouvements choréiques.

Le chloralose n'a provoqué ni troubles digestifs, ni modifications des fonctions du cœur et de la tension artérielle. LEFLAIVE.

**Sur l'emploi des soporifiques dans le traitement des maladies mentales, par Hans EVENSEN** (*Norsk. Magazin, mai 1894*).

Le *sulfonal* (1 gramme à 1gr,5) est un moyen sûr, mais dont l'emploi prolongé a ses dangers (apathie, troubles moteurs) ; dans deux cas, il y a eu hémato-porphyrinurie. Il est surtout indiqué dans des cas aigus d'agitation, de manie, d'alcoolisme et de mélancolie avec agitation. Il est précieux par la persistance des effets calmants ; mais il convient de le faire alterner avec un autre hypnotique, de préférence avec l'amide de chloral.

*Le trional* et le *tétronal* (1 gramme) agissent de la même façon que le chloral.

*L'hydrate d'amylène* (2 à 5 grammes) est un médicament bénin, mais peu sûr ; à recommander dans les cas d'anémie cérébrale.

*La paraldéhyde* (2 à 8 grammes) employée pendant un temps court est inoffensive ; à la longue, elle produit de l'affaiblissement et des désordres nerveux.

*Le chloralamide* (2 grammes) agit moins sur la circulation que le chloral, provoque plus rarement les céphalées, le vertige et les vomissements ; agit bien sur les malades tranquilles et atteints d'insomnie, mais est sans utilité dans des cas plus graves d'agitations.

*Le somnal* (2-6 grammes) ne produit pas d'effets secondaires, mais son action est peu sûre.

*L'hyoscine* (expériences sur 44 femmes et 32 hommes) agit rapidement et bien ; indiquée, quand il s'agit d'obtenir à tout prix du repos ou du sommeil pour une partie de la nuit. Injectée sous la peau du dos, elle procure un sommeil de 5 heures, mais n'agit qu'au bout d'une 1/2 heure. Sans effet, à la dose de 3 0/0, elle donne du repos sans sommeil à 20 0/0. L'hyoscine agit un peu moins bien chez l'homme que chez la femme, moins bien le matin que la nuit ; peut être combinée avec du sulfonal. Prise à l'intérieur, elle reste sans action. A la longue, elle provoque de la cachexie. Sans danger à la dose de 1 milligramme, ses effets peuvent devenir violents, cette dose dépassée.

*La duboisine* agit d'une façon analogue à celle de l'hyoscine, mais a une action moins violente, tout en étant suffisamment calmante. Provoque parfois des hallucinations visuelles. Dose 1 milligramme.

H. FRENKEL.

**A case of insanity due to the menstrual function, oophorectomy, recovery, par GORTON** (*Med. Record, 25 août 1894*).

Une jeune fille de 16 ans, très mystique, après avoir traversé des phases de dépression mentale, est régulièrement prise lors de ses règles de véritables crises d'aliénation mentale : tentatives d'assassinat et de suicide, érotisme, paroles obscènes, crises qui cessent avec le flux menstruel pour faire place à un calme parfait, la malade ayant du reste la connaissance pleine et entière de ses actions insensées. Aucune amélioration ne se manifestant, la malade étant menacée de démence, on pratique sur elle la castration dont le résultat semble avoir été des plus heureux mentalement et physiquement. CART.

**Sur ls pression du sang dans le système veineux cérébral et sur la pression du liquide cérébro-rachidien pendant et après les accès épileptiformes, par A.-Th. TODORSKI** (*Mediz. Obozrenie, n° 10, 1894*).

Les accès épileptiformes ont été provoqués soit par l'excitation des régions motrices du chien avec un courant induit, soit par l'injection intraveineuse de l'essence d'absinthe.

En excitant les régions motrices du chien non curarisé avec le courant induit, on observe, avec de l'augmentation de la pression sanguine dans l'artère carotide et dans la fémorale, encore de l'augmentation de la pression dans la jugulaire externe et dans le sinus de la dure-mère ; cette augmentation persiste pendant toute la durée de l'excitation de l'écorce par le courant. Dans la phase tonique de l'accès épileptiforme, l'augmentation secondaire de la pression artérielle s'accompagne d'une exagération rapide et unique de la pression veineuse qui atteint son maximum au début de la phase clonique et se maintient pendant quelques secondes, alors que la pression artérielle commence déjà à baisser ; puis la pression veineuse s'abaisse à son tour et revient à la normale vers la fin de la phase comateuse. L'application de la respiration artificielle, la suppression des convulsions par le curare, la section des nerfs vagues et sympathiques ne modifient pas sensiblement les troubles circulatoires dans le cerveau pendant les accès épileptiformes.

Les variations de la pression du liquide cérébro-rachidien suivent, en général, les variations de la pression artérielle et veineuse : en excitant l'écorce cérébrale avec le courant induit, on augmente la pression du liquide cérébro-rachidien ; au début de la phase tonique de l'accès, cette augmentation s'accroît très rapidement et atteint son maximum au début de la phase clonique ; puis, après une certaine durée d'état, elle diminue graduellement. Mais, dans beaucoup de cas, la pression cérébrale reste élevée même après la fin de l'accès, la pression artérielle et veineuse étant revenue à la normale, ce qui fait supposer que la congestion sanguine du cerveau pendant l'accès a pour conséquence une transsudation de la lymphe des vaisseaux cérébraux.

Dans les accès provoqués par l'injection intra-veineuse de l'essence d'absinthe, la courbe de la pression cérébro-rachidienne commence parfois à s'accroître immédiatement après l'injection, tandis que la pression dans les artères tombe. Mais au début de l'accès même, les conditions sont celles qu'on observe après excitation de l'écorce avec le courant induit. Il faut donc admettre que l'injection de l'essence d'absinthe provoque une dilatation énergique des vaisseaux cérébraux et un afflux exagéré du sang vers le cerveau. H. FRENKEL.

**Contribution à l'étude de la narcolepsie : ses rapports avec l'hystérie et l'épilepsie, par SAMARIS** (*Thèse de Paris, 1894*).

La narcolepsie apparaît dans un grand nombre d'affections. Aux causes autrefois connues, affections de l'estomac et du cœur, diabète, hystérie, sont venues s'en adjoindre d'autres parmi lesquelles plusieurs névroses, l'épilepsie, la neurasthénie, la chorée et certaines dégénérescences, la paralysie générale, la démence. Dans l'hystérie et l'épilepsie les attaques de sommeil présentent un caractère assez spécial pour mériter le nom de

pseudo-narcolepsie. Il faut, de plus, faire une place importante dans l'étiologie de cette affection aux maladies infectieuses, et principalement à l'influenza. L'auteur la compare, comme étiologie, à la chorée. Elle serait la résultante de l'action dépressive exercée sur les cellules nerveuses, chez des organismes prédisposés, sous l'influence des causes précitées. La pathogénie de cette action dépressive n'est du reste pas résolue. Trois observations personnelles de narcolepsie vraie, idiopathique, forment la base de ce travail. P. S.

**Ein Fall von geheilter Epilepsie, auf traumatischer Porencephalie mit Cystenbildung beruhend, par KOCHER** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 15, p. 527, 1er août 1893*).

Fille de 19 ans, ayant le frontal droit déprimé à la suite de l'application du forceps. Depuis l'âge de 2 ans, scoliose gauche. Intelligence normale. A 12 ans, début d'attaques épileptiques classiques; 6 mois plus tard, convulsions atteignant successivement la moitié gauche de la face, le membre supérieur et le membre inférieur du même côté. A 17 ans, Kocher pratiqua (26 août 1891) la trépanation au niveau de l'enfoncement; il vida une cavité renfermant 200 centimètres cubes de sérosité claire et s'étendant dans le ventricule latéral; drainage pendant 3 mois à l'aide d'un tube de verre.

Durant le drainage, la malade n'eut que 6 attaques, en deux fois. L'écoulement tari et le drain supprimé, il n'y eut pendant les 2 mois suivants qu'un seul accès, le 22 janvier 1892. Mais depuis 4 mois, les attaques ont reparu; depuis 1 mois enfin, ont recommencé les convulsions cloniques. Nystagmus. Parésie du facial oculaire gauche; convulsions cloniques très fréquentes dans les filets du facial gauche; contractions fibrillaires de la langue, de la main et des doigts correspondants. Atrophie des extrémités gauches avec exagération des réflexes tendineux.

Le 10 janvier 1893, Kocher rouvre la peau à l'endroit de la première incision et introduit un drain dans la cavité encore existante : issue de liquide céphalo-rachidien clair. Le 5e jour, pneumonie droite; deux jours plus tard, attaque épileptique des plus violentes avec perte absolue de connaissance et cyanose; les convulsions débutent par le facial gauche, s'étendent ensuite aux membres correspondants et se généralisent. L'accès se prolonge 2 heures. Consécutivement, on note une aggravation considérable de la parésie. La pneumonie guérie, l'écoulement du drain s'amoindrit. A chaque essai de mouvoir la jambe, celle-ci était prise de convulsions cloniques avec trépidation épileptoïde. Diminution de la sensibilité sur toute la moitié gauche du corps. L'intelligence a aussi souffert : la malade ne peut plus lire, est apathique et va sous elle. Un mois plus tard, l'état intellectuel redevenait meilleur. Depuis 4 mois qu'a été faite l'opération, la malade n'a eu d'autre attaque que celle ci-dessus décrite. J. B.

**Contribution au traitement de l'épilepsie, par CORTOT** (*Thèse de Paris, 1894*).

L'auteur conseille l'emploi de l'oxyde de zinc sublimé pour combattre l'épilepsie sous ses trois formes : absences, vertiges, accès. On peut le donner chez les enfants à la dose quotidienne de 0,10 à 0,50 centigrammes en augmentant progressivement de 0,10 par semaine jusqu'à cinq ans. De 5 à 15 ans on peut aller jusqu'à 1 gramme par jour. Chez les adultes, doses de 0,25 à 2,50 en augmentant toutes les semaines de 0,25. L'oxyde de zinc ne produit jamais d'intoxication. Quand il est mal toléré on peut

le remplacer par le valérianate de zinc aux mêmes doses. Il y a lieu d'employer l'oxyde de zinc quand le traitement bromuré a échoué. P. S.

**I. — Zur Ätiologie der Idiotie, par H. PIPER** (*Berlin, 1893, et Berlin. klin. Woch., n° 32, p. 744, 6 août 1894*).

**II. — Conformation des organes génitaux chez les idiotes et les imbéciles, par J. VOISIN et PETIT** (*Ann. d'hyg. publ., XXXI, n° 6, p. 525, juin 1894*).

I. — Statistique étiologique portant sur 416 cas d'idiotie observés à l'asile de Dalldorf; 310 étaient congénitaux et 106 acquis, soit une proportion de 3 pour 1 ; les garçons étaient en nombre double. 30 0/0 des parents appartenaient à la classe ouvrière ; 133 des idiots étaient des premiers nés (soit 32 0/0) ; dans un seul cas, on a incriminé le forceps ; 41 (10 0/0) étaient des enfants illégitimes.

Parmi les circonstances causales de l'idiotie congénitale se trouve en 1re ligne la phtisie chez les parents ou les proches (23 0/0) ; en 2e ligne l'aliénation des parents (14 0/0) et l'alcoolisme du père (10 0/0).

Dans l'étiologie de l'idiotie acquise, ce sont les maladies infectieuses qui jouent le principal rôle (38 0/0).

II. — Recherches faites sur 150 idiotes de la Salpêtrière. Contrairement à ce qui arrive pour les idiots du sexe masculin (*R. S. M.*, XXXII, 201), la puberté n'est pas retardée chez les idiotes qui présentent 75 fois sur 100 des anomalies des organes génitaux. Ces anomalies intéressent surtout le capuchon clitoridien, les petites lèvres et l'hymen. Le capuchon est très développé et présente des replis nombreux. Les petites lèvres sont aussi quelquefois très volumineuses ; elles offrent la forme de drapeau ou de tablier au-devant de la vulve. Elles ont souvent des replis supplémentaires, ce qui leur donne l'aspect dédoublé du côté où agit la main dans la masturbation. En même temps qu'une hypertrophie de cette petite lèvre, il y a une pigmentation plus marquée de ce côté.

L'hymen affecte le plus souvent la forme labiée ; de plus, une de ses lèvres peut être plissée, dédoublée, de sorte que la fente hyménale ne paraît plus être au milieu. Ce plissement de l'hymen se retrouve aussi dans les téguments en croissant et peut en imposer, à un examen superficiel, pour des végétations.

Un quart environ d'idiotes ou d'imbéciles sont déflorées par la masturbation et présentent l'hymen déchiré d'un côté et adhérant à la petite lèvre correspondante par du tissu cicatriciel. J. B.

**Craniectomie (Lannelongue's Operation) für Microcephalie und Idiotie, par C. BECK** (*Prager med. Woch., nos 39 à 45, 1894*).

Sur 72 observations rassemblées, 12 se sont terminées par la mort (choc 6, hémorragie 1, infection 2, affection cardiaque 1, cause non indiquée 2). Des 60 autres, 16 relatent une amélioration marquée et croissante, 4 une amélioration marquée mais ensuite peu progressive, 1 une amélioration médiocre mais graduellement croissante, 1 pas d'amélioration, 11 une aggravation ; pour 27 le résultat n'est pas indiqué.

La craniectomie est indiquée dans la microcéphalie, mais les résultats post-opératoires seront d'autant meilleurs que la microcéphalie a apparu plus tardivement. L'opération, peu dangereuse par elle-même, doit être

large et intéresser toute la circonférence du crâne. Il faut par la suite instituer un traitement pédagogique. LEFLAIVE.

**Myxœdème et hypertrophie du corps pituitaire, par Kr. GROEN** (*Norsk. Magaz., août, 1894*).

Une femme âgée de 62 ans, atteinte depuis cinq ans de myxœdème, meurt dans un état mental touchant à la démence.

A l'autopsie, l'isthme du corps thyroïde est entièrement atrophié; les parties latérales sont également très atrophiées ; au microscope, ces restes sont sclérosés. Le corps pituitaire est hypertrophié, gros comme une noix et remplit la selle turcique. H. FRENKEL.

---

# PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**L'éther comme anesthésique de choix et son meilleur mode d'administration, par CHALOT** (*Revue de chir., n° 5, p. 353, 1894*).

Chalot recommande chaudement l'emploi de l'éther comme anesthésique. Depuis le mois de septembre 1892, il a fait 730 éthérisations sans accident et 51 chloroformisations avec une mort par syncope cardiaque. Après avoir établi l'innocuité de l'éther au début et dans le cours de l'anesthésie, l'auteur discute et réfute les objections faites à l'emploi de cet agent. Les légers inconvénients seuls attribuables à l'éther sont la toux, la cyanose faciale, la salivation, l'hypersécrétion bronchique, l'érythème cervico-thoracique (rash éthérique de Chalot), le tremblement, l'hypertension sanguine et quelquefois l'agitation au réveil. Il étudie ensuite les contre-indications à l'emploi de cet agent.

Chalot a fait construire un masque analogue à celui de Julliard, mais avec des arceaux mobiles. C. WALTHER.

**The effect of ether on the kidney (rein), par G. WOOD** (*University med. Magazin, septembre 1894*).

D'expériences sur les animaux, l'auteur conclut : Il est certain que l'éther existe pour ainsi dire à l'état libre dans le sang, cependant il n'est point éliminé en quantité appréciable par le rein. Durant la narcose par l'éther, le rein se congestionne et, si la narcose est prolongée, des modifications anatomiques s'observent dans les cellules épithéliales de l'organisme ; on a même noté la desquamation de ces cellules. Si le rein est malade, l'éther devient nuisible, et dans les cas compliqués d'un début d'urémie, il y a risque de mort subite durant l'anesthésie, par action de l'éther sur les centres déjà déprimés de la respiration. MAUBRAC.

**Zur Infiltrationsanästhesie, par SCHLEICH** (*Therap. Monats.*, *p. 429*, *n° 9*, *septembre 1894*).

Le principe sur lequel est fondée la méthode de l'auteur consiste à produire l'anesthésie d'une région déterminée en injectant au préalable de petites doses de solutions faiblement anesthésiques par elles-mêmes, de façon à infiltrer, à œdématier tout le champ opératoire. Il a pu ainsi opérer sans douleur en combinant l'anesthésie par infiltration avec l'anesthésie par pulvérisation de chlorure d'éthyle ou d'éther, des loupes, des hydrocèles, des hémorroïdes (excision et suture), des abcès, des furoncles, des panaris, etc. PAUL TISSIER.

**Zur Bromäthylnarcose, par A. KÖHLER** (*Berlin. klin. med. Woch.*, *n° 25*, *p. 590*, *18 juin 1894*).

Femme de 21 ans, morte moins d'une minute après le début d'une anesthésie par le bromure d'éthyle, la 150e entreprise dans le service. Comme d'habitude, on avait tenu une demi-minute devant le visage de la malade, le masque humecté seulement de quelques gouttes, avant de verser la dose de 15 centimètres cubes. Au bout d'une demi-minute, survenait, en même temps que la résolution générale, un arrêt du cœur. La respiration continua d'abord régulière, puis ralentie et enfin intermittente. L'excitation des nerfs phréniques donna encore 4 minutes des mouvements diaphragmatiques. Les essais pour ranimer la malade consistant en injections d'éther, infusion de 1,500 grammes de solution salée dans la veine médiane basilique droite et massage continu du cœur, furent prolongés une heure. Durant tout ce temps, les pupilles restèrent étroites ; aussitôt après, elles se dilatèrent et la cyanose apparut.

J. B.

**Des traumatismes craniens et du mode d'action de la craniectomie, par L. MASSON** (*Thèse de Lyon*, *1894*).

L'auteur s'est appliqué à montrer que les accidents tardifs des traumatismes craniens ne sont pas dus, le plus souvent, à une compression du cerveau, mais tiennent aux désordres matériels produits par le traumatisme dans l'encéphale même.

Le trépan s'adresse donc à la lésion cérébrale engendrée par le traumatisme, et en mettant à part les cas où on a donné issue à du pus, ou pratiqué l'excision cérébrale, on voit que le trépan améliore ou guérit les lésions cérébrales, en provoquant des modifications vasculaires (hyperémiques) et nutritives dans l'encéphale. Ces modifications semblent dues à l'écoulement du liquide céphalorachidien et à l'influence exercée par la plaie opératoire sur la vitalité et la circulation des tissus voisins.

MAUBRAC.

**Eine grosse Hirngeschwulst ohne Kopfschmerz und mit normalen Augenhintergrund ; Exstirpation, par P.-K. PEL** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 5*, *p. 105*, *29 janvier 1894*).

Fille de 46 ans; début en 1892, par engourdissement des pulpes digitales droites, en mai 1893, affaiblissement du membre inférieur droit, en même temps, perte de la mémoire et diminution de l'intelligence. Le 10 mai 1893,

premier accès épileptiforme suivi d'un trouble définitif de la parole : la malade ne trouve pas les mots justes, répète souvent le même mot et bégaie. Ni traumatismes, ni alcoolisme, ni syphilis. Jamais de céphalalgie, de vertiges, de nausées ou de vomissements. Règles régulières. Père mort d'hémorragie cérébrale à 75 ans.

Admission à l'hôpital le 29 juillet : apyrexie, 86 pulsations régulières. Parésie du facial droit. Rien du côté des yeux ni des autres sens. Légère déviation de la langue à droite. Parole un peu monotone, offrant les caractères d'une aphasie motrice et amnésique incomplète ; alalie ; aucun trouble de la déglutition ; fonctions des sphincters et urines normales. Paralysie du membre supérieur droit, avec légère contracture du coude et atrophie considérable de presque tous ses muscles et de ceux de l'épaule ; par moments, surviennent dans la main droite de petites convulsions cloniques qui gagnent successivement le côté droit de la face et le membre inférieur. Les téguments du membre supérieur paralysé sont froids, cyanosés et tuméfiés, surtout au niveau de la main ; ils suent facilement ; la circonférence du bras droit est de deux centimètres inférieure à celle de gauche. Conservation parfaite de la sensibilité dans tous ses modes ; réflexes tendineux et périostiques un peu exagérés. Parésie et un peu d'atrophie du membre inférieur droit avec sensibilité intacte ; réflexes cutanés amoindris et réflexes tendineux et périostiques exagérés à droite avec trépidation épileptoïde. L'exploration électrique ne révèle rien d'anormal. En août, 3 ; en septembre, 1 accès épileptiforme débutant par du nystagmus horizontal des deux yeux, puis par des mouvements alternatifs de flexion et d'extension du pouce et des autres doigts de la main droite, et s'étendant enfin aux membres supérieur et inférieur correspondants après avoir gagné le côté droit de la face où ils s'accompagnent d'une déviation conjuguée des yeux à gauche. Les accès durent trois minutes à peine, mais fatiguent beaucoup la malade. Diagnostic de tumeur cérébrale.

Opération par Korteweg, le 24 octobre. Ouverture du côté gauche du crâne, au niveau des membres supérieurs. Après incision de la dure-mère on tombe immédiatement sur une tumeur facile à énucléer. Il s'agissait d'un fibrome mou, traversé par de grands espaces lymphatiques ; cette tumeur avait la forme d'une châtaigne et les dimensions suivantes : 16 centimètres de pourtour, 5 cent. 1/2 de longueur, 4 cent. 1/2 de largeur et 2 cent. 1/2 d'épaisseur ; elle provenait de la pie-mère et avait déprimé les circonvolutions frontale supérieure et centrale antérieure et postérieure. Mort peu après l'opération par paralysie cardiaque. J. B.

**Le drainage des ventricules cérébraux dans le traitement de l'hydrocéphalie chronique, par DURAND** (*Arch. prov. de chir.*, *p. 532*, *août 1894*).

D'après les observations rapportées par l'auteur, sur 12 cas, l'intervention a donné 11 morts et un résultat presque inappréciable. Peut-être est-il permis de la tenter dans quelques cas ; mais il semble que le chirurgien ne doive intervenir qu'à son corps défendant.

Les faits de guérison par fistulisation spontanée laissent cependant un espoir. « Il est possible, dit l'auteur, que plus tard un manuel opératoire encore inconnu permette au chirurgien d'intervenir dans des conditions différentes de celles actuellement connues. » F. VERCHÈRE.

**Ueber Chirurgie..... (La chirurgie des affections de la moelle épinière), par GOLDSCHEIDER** (*Deutsche med. Wochens.*, *n^os 29 et 30*, *1894*).

Les opérations pratiquées sur la colonne vertébrale en vue de remédier aux troubles de fonction de la moelle épinière, forment 3 groupes :

1° Paralysies par fractures de la colonne ; 2° paralysies par carie vertébrale ; 3° paralysies par tumeur intravertébrale.

L'étude des faits publiés jusqu'à ce jour conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

*A*) Dans les cas de fractures, 167 opérations ont donné 12 guérisons, 24 améliorations (Chipault) ;

1° L'opération n'est pas indiquée dans les cas récents, à moins qu'il ne s'agisse, comme dans le cas de Péan, d'une fracture comminutive avec pénétration des fragments dans la moelle. Le traitement doit être orthopédique ;

2° Si la paralysie persiste en même temps que la déformation indiquant une fracture avec dépression de l'arc, l'opération est à discuter, mais aucune règle précise ne peut être formulée, chaque cas particulier présentant ses indications spéciales ;

3° Les fractures de la colonne lombaire, surtout au-dessous de la première lombaire, c'est-à-dire au niveau de la queue de cheval, présentent les meilleures chances opératoires ;

4° Il n'y a pas indication à trépaner la colonne en vue de faire disparaître la compression présumée d'un épanchement sanguin.

*B*) *Mal de Pott.* — L'intervention est indiquée s'il existe un abcès par congestion et si l'on a des raisons de supposer que cet abcès a un foyer intravertébral. Il y aurait encore indication si l'on pouvait sûrement affirmer l'existence d'un foyer tuberculeux de l'arc vertébral sans participation du corps de la vertèbre ; ce qui est très difficile.

*C*) *Tumeurs.* — 24 opérations ont été publiées avec 6 résultats favorables dont 3 concernant des tumeurs ne faisant aucune saillie à l'extérieur (tumeurs occultes).

L'opération est indiquée toutes les fois que les signes sont assez précis pour permettre d'affirmer l'existence et le siège de la tumeur. Si, après avoir ouvert le canal, le chirurgien se trouve en présence d'une tumeur intra-médullaire, il doit s'abstenir.

Un 4e groupe comprendrait : la ponction lombaire telle que l'a pratiquée Quincke dans l'hydrocéphale, les cas de méningite suppurée, de ponction de la moelle dans la syringomyélie, le cas de résection intradure-mérienne des racines postérieures, dans les névrites rebelles. En somme, la chirurgie vertébrale ne donne jusqu'ici que des résultats peu satisfaisants, et l'on doit s'attacher à n'opérer que lorsqu'on se trouve en face d'indications sévèrement posées. H. DE BRINON.

**Fracture de la colonne vertébrale (région lombaire) compliquée de l'étranglement de l'intestin grêle entre les fragments principaux, par RIVET** (*Archives de méd. milit., p. 126, août 1894*).

Un cavalier tombe d'une hauteur de 6 mètres ; après s'être relevé spontanément, il a pu se rendre seul à l'infirmerie, parcourant ainsi 50 mètres environ. Il se plaint de vives souffrances au niveau de la région lombaire, et de coliques dans le bas ventre. Le cathétérisme de la vessie (car le blessé ne peut uriner spontanément) ramène un litre d'urine sanglante ; les dernières parties du liquide retiré sont constituées par du sang pur rutilant.

A la région lombaire, on note une saillie insolite correspondant aux 2e et 3e vertèbres, avec crépitation et douleur très vive à la pression ; pas de para-

plégie, mais hyperesthésie des deux membres inférieurs. La région du rein droit est très douloureuse ; on suppose une déchirure de la glande. Le malade succombe le 5e jour après avoir présenté les signes de péritonite.

*Autopsie :* De nombreuses et larges ecchymoses infiltrent le mésentère qui, en même temps, tordu deux fois sur lui-même de haut en bas et d'avant en arrière, représente une sorte de pédicule au bout duquel est attenante, comme une grappe, la masse de l'intestin grêle réduit au calibre d'un intestin d'enfant. Au-dessous du pédicule, à travers une déchirure du feuillet péritonéal, s'engage et s'étrangle une anse d'intestin ; cette anse est étroitement pincée entre les corps des 2e et 3e vertèbres lombaires disjointes en avant. Le rein droit est déchiré au voisinage du hile ; le foie est également déchiré à sa face inférieure.

Entre les corps des 2e et 3e vertèbres lombaires, est un large hiatus, ouvert en avant ; le disque intervertébral est soudé à la vertèbre supérieure ; les deux fragments résultant de la disjonction de la colonne chevauchent dans le sens antéro-postérieur et latéral. C'est entre eux qu'une anse a été pincée et étranglée.

Il existe en outre une fracture des pédicules des 2e, 3e et 4e vertèbres lombaires. MAUBRAC.

**On the surgery of the spinal cord, par William THORBURN** (*Brit. med. Journ., p. 1345, 23 juin 1894*).

Voici les conclusions de l'auteur :

Dans les fractures comminutives de la colonne vertébrale, il faut toujours opérer. Dans les fractures des apophyses épineuses et des lames vertébrales, l'opération est également indiquée. Dans les simples fractures ou luxations du corps des vertèbres, si les symptômes spéciaux sont ceux d'une hémorragie intrarachidienne, on peut tenter l'opération ; mais avec peu de chance. Dans tous les autres cas de cette nature il vaut mieux s'abstenir, surtout si le traumatisme siège au-dessous de la première vertèbre lombaire. H. R.

**Statistique de maux de Pott, par VINCENT** (*8e Congrès franç. de chir., Bulletin méd., 28 octobre 1894*).

Cette statistique comprend 126 maux de Pott, se décomposant en 18 cervicaux, 63 dorsaux, 28 lombaires et 17 portant à la fois sur plusieurs régions.

94 ont été traités par l'immobilisation simple avec ou sans extension continue, avec ou sans injections. 32 seulement ont été opérés, une ou plusieurs fois, par des interventions variant entre le simple drainage et le curetage et la résection (3). Bons résultats dans tous les cas, sauf dans un seul, qui a été suivi de décès. OZENNE.

**Cinq faits de chirurgie rachidienne, par GROSS** (*8e Congrès franç. de chir., Bull. 14 octobre 1894*).

Sur 5 faits de laminectomies rapportés par Gross, 3 concernaient des fractures de la colonne vertébrale ; dans ces 3 cas l'opération a été infructueuse et la mort est survenue rapidement. Les 2 autres observations avaient trait à la tuberculose rachidienne et l'une d'elles seulement mentionne une amélioration incontestable. OZENNE.

**Traumatismes rachidiens, par CHIPAULT, PEAN** (*8e Congrès franç. de chir., Bulletin méd., 14 octobre 1894*).

Chipault mentionne un premier fait de fracture d'une vertèbre lombaire, dont une esquille comprimait la moelle et avait déterminé une hémiparaplégie. Ablation de l'esquille, guérison. Le même auteur cite encore un autre cas d'intervention heureuse sur un sujet atteint de luxation de la 4e vertèbre cervicale sur la 5e, avec élongation des 4e et 5e racines, anesthésie et paralysie. La luxation fut réduite et maintenue par une ligature des 4e et 6e apophyses épineuses entre elles. Dans ce cas les accidents étaient dus à une lésion radiculaire.

Péan publie le cas d'un palefrenier qui, à la suite d'une morsure de cheval, avait eu une paraplégie. L'opération a fait découvrir un broiement des lames et des apophyses transverses de plusieurs vertèbres dorsales, avec esquilles traversant la moelle. 4 mois plus tard, le blessé était guéri. OZENNE.

**Voie à suivre pour atteindre le corps des vertèbres lombaires, par FONTAN** (*8e Congrès franç. de chir., Bulletin méd., 25 octobre 1894*).

Une incision étant faite à 1 centimètre de la ligne médiane, on fend la masse sacro-lombaire de manière à tomber sur le tubercule apophysaire, puis, en dehors de celui-ci, on plonge le doigt pour reconnaître l'apophyse costiforme, qui est sur un plan plus profond. Alors, avec un ciseau à froid, on sectionne celle-ci à la base, on la saisit et l'excise complètement, à partir de ce point, on suit le rachis avec le détache-tendon, d'arrière en avant, le serrant toujours de près, sous le périoste, jusqu'au siège de la carie. OZENNE.

**Luxation de la colonne cervicale, par SIEUR** (*8e Congrès franç. de chir., Bulletin méd., 17 octobre 1894*).

Sur un jeune homme mort rapidement après une chute sur la tête, qui, déviée du côté gauche, avait pu cependant être redressée, on a trouvé à l'autopsie une poche remplie de sang au niveau des 4e et 5e vertèbres cervicales et une disjonction de ces vertèbres, dont les ligaments inter-lamellaires étaient brisés. L'examen histologique de la moelle et du bulbe a fait voir dans les cornes antérieures, à droite, une ecchymose qui avait détruit les cellules nerveuses. Cette lésion démontre que, dans les luxations cervicales, il en est certaines qui ne pourraient bénéficier d'une intervention. OZENNE.

**Traitement des abcès tuberculeux de la coxalgie et du mal de Pott par les injections de naphtol camphré, par V. MÉNARD** (*8e Congrès franç. de chir., Bulletin méd., 17 octobre 1894*).

Sur 82 petits malades traités par les injections de naphtol camphré, l'auteur compte 40 cas de coxalgies et 42 cas de maux de Pott. Pour ce qui concerne la coxalgie, 37 malades ont guéri de leur abcès sans période fistuleuse et 4 après fistule.

Sur les 42 cas de maux de Pott, 37 ont guéri sans fistule; 2 ont succombé à la cachexie tuberculeuse et 2 ont quitté l'hôpital avec une fistule.

OZENNE.

**Traitement du spina bifida, par A. BROCA** (*8e Congrès de chir., Bulletin méd., 14 octobre 1894*).

L'auteur a tenté 10 fois la cure chirurgicale du spina bifida; il a eu 7 guérisons opératoires, 2 morts par infection immédiate et 1 mort par infection tardive. Comme résultats éloignés on a noté, trois des opérés ayant été perdus de vue, que sur les quatre autres un seul, au bout d'un an, était en bonne santé, tandis que les trois autres étaient devenus hydrocéphales. OZENNE.

**Note au sujet d'un traitement d'accidents de la scoliose, par CASSE** (*Bulletin de l'Acad. de méd. de Belgique, n° 1, p. 25, 1894*).

Une enfant de 5 ans, rachitique, présentait une scoliose avec projection considérable des côtes droites en arrière. Malgré tout traitement, la courbure vertébrale et la déformation costale s'accentuaient.

Se basant sur ce que, à la suite d'une opération d'Estländer, le côté opposé à celui de l'opération présente généralement une véritable scoliose, Casse résolut de faire une résection costale à droite pour rétrécir ce côté et faire développer l'autre.

Il fit donc un peu en arrière de la ligne axillaire une résection des 5e, 6e, 7e et 8e côtes droites sur une étendue de 2 à 3 centimètres ; puis de peur que les extrémités costales ne blessassent la plèvre fort mince, et de peur que, d'autre part, une reproduction trop rapide des côtes ne fasse perdre le bénéfice de l'opération, les surfaces de section des côtes furent suturées. La malade guérit parfaitement et la difformité fut moins accusée. Les résultats définitifs de l'opération ne pourront être jugés qu'au bout d'un temps très long. LEFLAIVE.

**L'ostéomyélite aiguë des vertèbres, par ROMME** (*Gaz. hebd. Paris, 20 janvier 1894*).

Le début est celui d'une maladie infectieuse générale, avec fièvre, frissons, abattement, céphalalgie, inappétence. Un segment de la colonne vertébrale est douloureux spontanément ou à la pression, et le malade est immobilisé. Puis la douleur se localise davantage ; au niveau du point malade la peau devient rouge, se couvre de veines dilatées ; on y sent de l'empâtement et enfin de la fluctuation. L'abcès ouvert, on arrive sur la vertèbre dénudée. La cicatrisation est lente et demande des semaines et des mois, pendant lesquels il se fait une élimination presque continue de séquestres.

Lorsque l'abcès se porte en avant, il suit la marche habituelle des abcès vertébraux (parfois ouverture dans la plèvre) ; lorsqu'il se porte en arrière, il fuse entre les muscles et les aponévroses postérieures. Il peut s'ouvrir dans le canal rachidien (méningite et myélite).

Les sept observations se rapportent toutes à des sujets âgés de 11 à 18 ans. La lésion siégeait 3 fois à la région dorsale, 3 fois à la région lombaire et 1 fois à la région sacrée ; elle avait frappé 4 fois le corps vertébral, 2 fois l'arc vertébral et 1 fois l'apophyse transverse.

Suivent des indications sur le diagnostic et le traitement. LEFLAIVE.

**Removal of the Gasserian ganglion par KEEN** (*Trans. of the Philadelphia county med. Soc., 1894*).

Keen rapporte une observation d'ablation du ganglion de Gasser pour un tic

douloureux de la face, opéré déjà 13 fois en 12 ans. L'opération fut faite par la méthode de Hartley-Krause et fut très difficile. Après avoir détaché un lambeau du cuir chevelu et trépané la région temporale, l'afflux du sang fut tel qu'il fallut tamponner avec la gaze iodoformée entre l'os et la dure-mère, et remettre à trois jours la fin de l'opération, c'est-à-dire l'extirpation du ganglion lui-même. Le tamponnement n'eut d'autre effet, malgré la compression cérébrale, que de ralentir la respiration et de déterminer un peu d'aphasie. La guérison s'ensuivit.

Keen a recueilli 40 observations d'ablation du ganglion de Gasser. 6 fois la mort survint, 34 fois il y eut non seulement succès opératoire, mais disparition presque complète des douleurs névralgiques. L'œil correspondant n'a jamais été enflammé, contrairement aux résultats expérimentaux de Donders. H. R.

**Excision of the Gasserian ganglion, par STEWART** (*Med. News, p. 155, 11 août 1894*).

Stewart rapporte un cas d'excision du ganglion de Gasser pour névralgie faciale, suivi de guérison (l'opération remonte à 2 mois) : le procédé suivi a été celui de Rose.

Sur un tableau de 41 opérations semblables, nous relevons une mortalité de 6 opérés, ce qui porte à 85 0/0 le nombre de guérisons immédiates. MAUBRAC.

**Névrome plexiforme de la tête et du cou; extirpation, guérison, par RAMAKERS et VINCENT** (*Arch. prov. de chir., p. 505, août 1894*).

La tumeur, d'après les parents, serait apparue à la suite d'un traumatisme. Elle siège sur la partie latérale droite du cou et se continue en haut avec une tumeur volumineuse siégeant à la région occipitale; cette dernière forme une sorte de poche qui retombe en chignon sur la nuque. La peau est colorée en brun. La tumeur, au palper, laisse sentir une série de cordons durs, présentant des nodosités abondantes, donnant la sensation d'un vaste paquet ganglionnaire que l'on peut suivre jusque dans le creux sus-claviculaire. Après l'ablation, la guérison se fit par première intention. Le chirurgien avait été obligé de s'arrêter, après avoir enlevé les parties les plus volumineuses de la tumeur et avoir suivi les plus grêles aussi loin que la dissection le permettait.

Sur 29 cas d'intervention, il y eut 5 morts : 1 par pyoémie, un par gangrène à la suite de désarticulation du bras, 1 par méningite cérébro-spinale, 1 par septicémie chronique, 1 autre par œdème de la glotte. On a observé deux fois des récidives immédiates ; même lorsque l'ablation n'a été que partielle, ce qui est fréquent, comme dans l'observation rapportée, la guérison peut se maintenir sans reproduction de la tumeur. VERCHÈRE.

**De la résection du nerf maxillaire inférieur dans le crâne, par QUÉNU** (*Gaz. des hôp., p. 36, 11 janvier 1894*).

Voici le procédé recommandé par Quénu :

1er temps : Dénudation de la fosse temporale jusqu'à la crête qui la sépare de la fosse zygomatique, avec résection temporaire de l'arcade zygomatique ;

2me temps : Couronne de trépan au dessus de la crête sus-indiquée, puis agrandissement de l'orifice, vers le bas, à l'aide de la pince-gouge ;

puis on recherche le trou ovale à l'aide d'un crochet semblable à une aiguille de Cooper raccourcie, et se dirigeant sur le crochet qui sert de guide, on détruit le tissu osseux, à l'aide de la pince-gouge, jusqu'au trou ovale ;

3me temps : Un large écarteur refoulant le muscle ptérygoïdien externe et temporal on charge le nerf, et on le résèque. On pourrait au besoin, poursuivre jusqu'au ganglion de Gasser, ou tout au moins jusqu'à l'émergence de ses trois troncs.

Quénu a ainsi opéré un malade, sans grande difficulté : la méningée moyenne a été entièremement respectée. Les suites opératoires ont été des plus simples : le soulagement a été immédiat, la disparition des spasmes douloureux absolue. MAUBRAC.

**Sutur of sciatic nerve, par DALLAS-PRATT** (*Dublin Journ. of med. sc., septembre 1894*).

Jeune fille de 16 ans, à la suite d'un grave accident de machine, entre en février 1892 au Jervis street Hospital de Dublin. La lésion, très profonde et très étendue, est située en arrière de la cuisse droite ; après lavage, on voit dans le fond de la plaie deux bouts du nerf sciatique si lacérés que le chirurgien les réséque sur une longueur d'environ 12 millimètres chaque, l'éloignement des deux bouts atteignant ainsi un pouce anglais (0,025). Les deux extrémités inférieure et supérieure furent alors amenées de force en connexion, puis suturées à la soie phéniquée par six points. Immobilisation, pas de complications. En mai 1892, les fonctions du membre lésé sont rétablies et la malade quitte l'hôpital à pied. CART.

**De la perforation des artères iliaques dans les abcès de la fosse iliaque interne, par LEBON** (*Thèse de Paris, n° 520, 26 juillet 1894*).

La perforation des artères iliaques est une complication rare des phlegmons de la fosse iliaque et en particulier des phlegmons d'origine appendiculaire. Sur les six observations connues jusqu'ici (l'auteur relate un fait inédit de perforation consécutive à un abcès d'origine appendiculaire), l'artère iliaque primitive, l'artère iliaque externe, l'artère iliaque interne ont été atteintes un nombre égal de fois chacune.

Cette perforation reconnaît pour causes, une altération organique des parois vasculaires due à la présence du pus, ou un mouvement brusque du malade, mouvement qui agit soit en augmentant la pression artérielle, soit en étirant le vaisseau qui, devenu plus friable, se brise au point de moindre résistance. MAUBRAC.

**Remarques sur les opérations de goitre, par G. ROUX** (*8e Congrès franç. de chir., Bulletin méd., 24 octobre 1894*).

Roux a opéré 292 malades atteints de goître déterminant l'un ou l'autre des accidents suivants : gêne de la respiration, de la phonation ou de la déglutition. Tous ces malades avaient été traités en vain par la médication iodée, iodurée ou iodoformée.

L'anesthésique local, la cocaïne, a été employé chez la plupart d'entre eux : 73 fois il y a eu énucléation et 103 fois on a eu recours au procédé de Kocher.

Les résultats post-opératoires ont été toujours bons; une seule malade a été atteinte d'un léger myxœdème.

L'auteur fait remarquer que les petits goîtres fibreux et calcaires, ceux que les injections iodées ont durci, déterminent très souvent des accidents plus graves que les gros goîtres. En ce qui concerne la pathogénie des accès de suffocation, Roux croit qu'ils sont dus surtout au rétrécissement de la trachée. OZENNE.

**The thyroid theory in Graves's disease, par Arthur BOOTH** (*Med. News, p. 77, 21 juillet 1894*).

Booth a traité par la thyroïdectomie deux malades atteints de maladie de Graves; il conclut ainsi : Il n'est point prouvé qu'une sécrétion thyroïde exagérée soit le facteur unique et essentiel de la maladie de Graves : mais comme l'examen microscopique a montré une énorme hyperplasie de la substance sécrétante, il est au moins raisonnable de supposer que ces changements doivent avoir quelque effet profond à la fois sur la quantité et sur la qualité de la sécrétion. Si c'est l'altération de la glande, et non point son volume qui soit le signe véritable de la maladie, la thyroïdectomie pourrait être pratiquée même dans les cas qui s'accompagnent d'un développement petit ou presque nul de la thyroïde. La maladie de Graves peut être entièrement guérie par la thyroïdectomie : le mécanisme de la guérison reste obscur.

J.-J. Putnam parle de 2 malades traités chirurgicalement : l'un a été amélioré, l'autre est mort; il pense qu'il faut opérer de bonne heure, avant que le cœur ne soit altéré.

Madison Taylor a employé sans succès l'extrait thyroïdien.

Dercum croit qu'il est difficile d'expliquer les résultats favorables qui suivent l'opération, et cite un cas dans lequel la glande était remarquablement petite.

Fred. Peterson rapporte un cas de goître exophtalmique guéri par la thyroïdectomie. MAUBRAC.

**Énorme adénome de la paroi postérieure de l'estomac. Ablation; suture des deux parois stomacales; guérison, par CHAPUT** (*Soc. méd. des hôp., 1er juin 1894*).

Un homme de 64 ans, profondément cachectique, entre à l'hôpital présentant les signes rationnels du cancer de l'estomac : dyspepsie, vomissements noirâtres, douleur sourde à l'épigastre où l'on constate l'existence d'une grosse tumeur dure et un peu mobile. Chaput pratiqua la laparotomie médiane, l'incision de la paroi antérieure de l'estomac et trouva une grosse tumeur à pédicule court et mince, long de 8 centimètres, inséré sur la paroi postérieure. L'ablation amena l'ouverture du péritoine sur 4 centimètres de la paroi postérieure et nécessita la suture de cette paroi, comme de l'antérieure. La tumeur mesurait 15 centimètres de long sur 10 centimètres de large et 8 centimètres d'épaisseur, et renfermait de nombreuses cavités glandulaires à cellules cylindriques; 6 semaines après l'opération, le malade avait engraissé de 6 kilogrammes. H. L.

**De l'intervention chirurgicale immédiate en cas de perforation d'ulcère simple de l'estomac, par MICHAUX** (*8e Congrès franç. de chir., Bulletin méd., 24 octobre 1894*).

Homme de 31 ans, ayant subitement éprouvé dans la région épigastrique

une vive douleur avec sensation de déchirement ; le ventre est rétracté. Laparotomie, 10 heures plus tard ; du péritoine s'écoulent des matières alimentaires et sur la face antérieure de l'estomac, à deux centimètres du pylore, on voit une perforation linéaire de 12 à 15 millimètres de long et située très profondément sous le foie. Les bords de la plaie étant friables, une tentative de suture échoue ; la perforation est alors enfermée dans le fond d'un pli fait à la face antérieure de l'estomac et l'occlusion est assurée par un double rang de sutures de Lembert. A la suite de cette opération, il se produisit une fistule, qui fut obturée 5 mois plus tard par une nouvelle intervention.

Ce fait est le cinquième cas de guérison sur 25 interventions tentées dans les mêmes circonstances. Intervenir de bonne heure est la condition du succès.

OZENNE

**I. — A case of perforating gastric ulcer; operation; death on the 8th day, par W.-J. MAURICE** (*The Lancet, p. 1373, 2 juin 1894*).

**II. — A case of perforated gastric ulcer; gastrorraphy; recovery, par HASTINGS GILFORD** (*Ibid., p. 1369, 2 juin 1894*).

**III. — A case of ruptured gastric ulcer successfully treated by immediate suture. par W. BENNETT** (*Ibid., p. 21, 7 juillet 1894*).

**IV. — A case of perforating gastric ulcer; operation; fatal result, par P. SWAIN** (*Ibid., p. 22, 9 juillet 1894*).

I. — Une femme de 23 ans est prise, le 25 février 1894, d'une douleur abdominale très violente, et de collapsus. Le lendemain matin on diagnostique une perforation de l'estomac.

Laparotomie : pas de péritonite généralisée. Les trompes et les ovaires sont sains. Sur l'estomac, près de l'extrémité cardiaque, sur la petite courbure, est une perforation, entourée d'une aire épaissie de la paroi stomacale. L'aire épaissie était si étendue, et si rigide, qu'il était impossible d'exciser l'ulcère, ou de suturer la perforation : il était aussi impossible de mettre la paroi stomacale malade en contact avec la paroi abdominale. Cependant, on fixa la paroi antérieure libre de l'estomac à la partie supérieure de la plaie abdominale, de façon à circonscrire une petite cavité isolée de la grande cavité péritonéale : les 2 pouces supérieurs de l'incision furent laissés non suturés, et par cette ouverture on introduisit un tube à drainage jusque dans l'estomac.

Durant les premiers jours, la malade, alimentée par des lavements, alla bien : mais à partir du 6e jour, survint de l'affaiblissement qui alla croissant, et entraîna la mort le 8e jour après l'opération.

Il n'y avait pas de péritonite, et l'estomac était solidement fixé à la paroi abdominale.

II. — Une femme de 29 ans présenta, il y a 8 ans pour la première fois, les symptômes d'ulcère de l'estomac : mais le diagnostic ne fut guère précis qu'en décembre 1892.

Le 22 juin 1893, après avoir déjeuné, la malade est tout à coup saisie de douleur vive au niveau de l'ombilic : cette douleur se propagea derrière le sternum, dans les deux épaules ; les muscles abdominaux étaient rigides, la température était de 36°.

La laporotomie médiane est pratiquée : on découvre un ulcère perforé à la surface antérieure, presque au milieu de l'estomac. Les bords de l'ulcération sont excisés, la plaie qui a 2 pouces de longueur est circonscrite par 10 sutures, et est hermétiquement close. La cavité abdominale est irriguée et drainée. Le 23, le drain est retiré, la miction et la défécation se font normalement.

Du 9e au 14e jour, la température, jusque-là normale, s'éleva à 38°1, en même temps, dépression marquée. Malgré cela on continue progressivement à alimenter la malade.

Le 17e jour, le thermomètre monte à 39°5, le pouls à 132. Durant la nuit, la malade est réveillée par une douleur intense, siégeant au-dessous et à gauche de l'ombilic, et presque immédiatement après, elle rend une selle fétide, composée principalement de pus, et durant la journée qui suivit, 3 selles semblables furent rendues. Deux jours après la température était devenue définitivement normale, et la guérison s'achevait sans nouvel incident.

Un an s'est écoulé : la malade a engraissé, et n'a plus souffert de troubles dyspeptiques.

III. — Une femme de 41 ans est prise tout à coup d'une violente douleur au niveau de l'ombilic, puis tombe en collapsus avec un pouls petit, et une température au-dessous de la normale. L'abdomen était légèrement distendu, mais il n'y avait ni vomissements ni nausée, ni soif, aucun signe de péritonite ; toutefois on constatait un facies péritonéal. Depuis deux ans, la malade souffrait de troubles divers du côté de l'estomac, et depuis 15 jours, un point voisin de l'ombilic était devenu plus particulièrement douloureux. On diagnostiqua une perforation de l'estomac, et la laparotomie fut aussitôt pratiquée (8 heures et demie après que la perforation se fût produite).

Sur la face postérieure de l'estomac, à deux pouces et demi du pylore était une perforation petite, entourée d'une zone indurée de 2 pouces de diamètre, s'étendant jusqu'au pylore. Cette perforation fut oblitérée par une suture comprenant l'épaisseur de la paroi de l'estomac, la muqueuse exceptée, et par-dessus le péritoine fut fixé à l'aide de sutures de Lembert. La plaie abdominale fut suturée, sans drainage. La guérison se poursuivit sans incident : le 14e jour, la patiente prenait des aliments solides.

IV. — Un homme de 26 ans, souffrait depuis 18 mois de troubles divers de l'estomac. Le samedi à 4 heures de l'après-midi il fut pris d'une douleur violente, qui semblait plus spécialement localisée à la poitrine. Le dimanche, le malade arrive à l'hôpital, pâle, anxieux, son pouls est à 15°, sa respiration à 32, la température à 37°7.

L'abdomen est peu distendu, mais très douloureux sans qu'il y ait un point plus douloureux qu'un autre. A 11 heures 1/2 (18 heures après le début des accidents), on pratique la laparotomie : des gaz, un liquide purulent s'échappent de l'abdomen. On découvre difficilement, et après avoir incisé la paroi abdominale, le long du rebord costal, une perforation de l'estomac, près de l'extrémité cardiaque, sur la face postérieure. Autour de la perforation, du volume d'une plume d'oie, les tissus sont très indurés, sur une étendue de 2 pouces de diamètre. Avec de grosses difficultés, Swain excisa les tissus indurés qui entouraient la perforation. La plaie ainsi produite fut beaucoup plus grande qu'on ne l'avait prévu, car les parois de l'estomac se retractèrent aussitôt qu'on eut excisé la partie indurée, et l'incision atteignit une longueur de 6 pouces. Cette plaie fut suturée enfin, mais avec de grandes difficultés, en raison de la profondeur de l'extrémité cardiaque de l'incision. La cavité péritonéale fut lavée avec soin, en particulier du côté du bassin, et un tube à drainage fut placé entre le foie et l'estomac. L'opération dura 2 heures 1/2. Malgré des injections intra-veineuses de solutions salines, le malade ne put se relever du choc opératoire et mourut à minuit.

L'autopsie montra que la suture était complète, et ne laissait pas sourdre l'eau injectée dans la cavité de l'estomac. MAUBRAC.

**Excision of chronic perforating ulcer of the duodenum, par PERCY DEAN** (*The Lancet, p. 1191, 12 mai 1894*).

Une femme de 27 ans fut admise à l'hôpital le 17 février 1894 avec une tu-

meur abdominale intense, ballonnement, langue sèche et vomissements fréquents ; la température était de 38°,2. Durant une quinzaine la malade avait souffert du creux épigastrique et était traitée pour une indigestion. 24 heures avant son entrée à l'hôpital, elle devint tout à coup beaucoup plus mal, la douleur et la faiblesse avaient augmenté : on diagnostiqua une péritonite générale, due probablement à une obstruction intestinale.

Une incision de 3 pouces, au-dessous de l'ombilic, donna issue à du liquide purulent ; l'incision agrandie, on trouva un ulcère perforant du duodénum, siégeant à la paroi antérieure de l'intestin. Cette ulcération, avec l'induration circumvoisine, fut excisée à l'aide de ciseaux, et l'intestin fut ensuite suturé. L'opérée guérit et 30 jours après elle quittait l'hôpital.

Le 13 avril, paraît de nouveau une vive douleur abdominale, avec arrêt des matières. Une laparotomie permit de découvrir une bride qui comprimait l'intestin et en obstruait la lumière, à 6 pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale. La bride fut divisée et l'obstruction levée, mais la patiente resta en état de choc et mourut 36 heures après. A 3 pouces du point où portait la bride, l'intestin présentait une double perforation correspondant à de petits ulcères aigus du petit intestin. Dans le duodénum, on ne trouvait aucun signe d'ulcère. MAUBRAC.

**Trente-cinq cas de chirurgie de l'estomac, par MONTAZ** (*8e Congrès franç. de chir., Bulletin méd., 14 octobre 1894*).

6 gastrectomies ont donné 3 guérisons et 3 morts ; 6 gastrectomies pour cancer, 6 guérisons opératoires ; 10 gastro-entérostomies, 7 guérisons opératoires et 3 morts ; 2 entérostomies, 2 succès ; 11 laparotomies, pas d'accidents du fait de l'intervention. OZENNE.

**I. — Ueber die operative Behandlung des Pyloruscarcinoms, par P. KRASKE** (*Berlin. klin. Woch., n° 20, p. 460 et n° 21, p. 493, 14 et 21 mai 1894*).

**II. — Zur operativen Behandlung des Magencarcinoms, par O. KAPPELER** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 16, p. 489, 15 août 1894*).

**III. — Discussion de la Société centrale de médecine suisse** (*Ibid., p. 504*).

I. — Kraske a opéré 14 malades atteints de cancer du pylore ; 4 fois il a fait la pylorectomie et 10 fois la gastro-entérostomie. 6 des 14 opérés (soit 43 0/0) ont succombé (3 pylorectomies et 3 gastro-entérostomies). Ces 14 opérations correspondent à deux périodes séparées par un intervalle de 18 mois ; les 6 opérés de la première période sont tous morts, tandi que les 8 de la deuxième ont tous guéri. La série continue d'insuccès avait, pour un temps, détourné Kraske d'intervenir chirurgicalement. Le motif de ces échecs réitérés tenait à ce que l'opération avait été faite chez des malades trop débilités et chez lesquels il aurait fallu tout au plus pratiquer la gastro-entérostomie.

Quand le cancer est mobile et pas trop étendu, Kraske recourt à la résection du pylore.

Pour la gastro-entérostomie, Kr. est resté fidèle au procédé de Wölfler (*R. S. M.*, XXIII, 682).

Dès le premier jour, il fait prendre par la bouche quelques aliments liquides ; pour faciliter le passage du contenu stomacal dans les intestins, les opérés se couchent par moments sur le côté droit et se mettent sur leur séant plusieurs fois par jour.

Kraske conclut qu'à l'heure actuelle, la technique opératoire est assez perfectionnée pour que l'amélioration des statistiques dépende surtout d'une intervention plus précoce, à une époque où le cancer ne forme pas encore une tumeur appréciable.

II. — Kappeler donne d'abord l'histoire détaillée de 4 pylorectomies pour cancer qu'il a faites avec succès dans les 7 derniers mois par le procédé de Billroth et Wölfler. Il a pratiqué 14 fois la gastrectomie, 13 fois pour cancer et 1 pour rétrécissement cicatriciel. Des 13 cancéreux 5 ont succombé aux suites de l'opération, soit une mortalité de 38,4 0/0. En analysant les causes des insuccès opératoires, on a l'espoir fondé d'abaisser encore le chiffre de la mortalité. Une première opérée a succombé à l'inanition au bout de 8 jours, parce que l'orifice pylorique se trouvait sur un niveau supérieur à celui de l'estomac en raison d'une lordose et d'une courbure du duodénum occasionnée par la dilatation de l'estomac ; cette femme eût peut-être été sauvée par l'emploi de la sonde et des lavages gastriques. Un deuxième opéré est mort au bout de 72 heures, de péritonite due à un défaut de la suture. Un troisième a été emporté par une gangrène du côlon transverse ; la côlotomie étant impraticable vu l'épuisement, il eût mieux valu faire la gastro-entérostomie. Le quatrième a succombé d'épuisement après 48 heures. Enfin le cinquième est mort de péritonite suppurée, malgré que la suture fût en bon état ; mais l'opération avait été très longue et extrêmement laborieuse.

Le malade opéré en 1886 pour rétrécissement cicatriciel jouit encore de la santé la plus parfaite.

Quant aux cancéreux qui ont survécu à l'opération, voici leur sort. Chez une femme, la santé a été entière pendant 8 mois. Un homme a été pris d'ictère au bout de 5 mois et est mort 2 mois plus tard, ayant une tumeur du pancréas s'étendant au duodénum, à la veine-porte, au foie et à l'estomac dont le pylore était de nouveau rétréci. Un autre homme s'est très bien porté pendant 1 an ; puis s'est développé un marasme lent et indolore, avec alternatives d'amélioration ; les vomissements n'ont reparu que 4 semaines avant la mort, survenue 17 mois après l'opération. Une femme opérée en juillet 1892 est restée en bonne santé 18 mois. Au bout de ce temps elle fut prise de coliques et de constipation. En avril 1894, on reconnut la présence d'une tumeur de l'ovaire droit, mobile et grosse comme une tête d'enfant et d'une volumineuse tumeur dure, immobile, largement implantée sur le sacrum et rétrécissant le rectum. Le 7 avril, colotomie iliaque et ablation de la tumeur ovarienne. La malade s'est rétablie de cette nouvelle intervention. Une autre femme, opérée le 18 juillet 1893, avait en outre un cancer des ganglions rétro-péritonéaux et du pancréas qui ne put être enlevé ; elle succomba, dès le 31 octobre, dans le marasme, mais ayant supporté jusqu'à la dernière heure tous les aliments sans vomir. Une sixième opérée est encore parfaitement portante au bout de 9 mois et a augmenté de 34 livres 1/2. Il en est de même du septième malade opéré il y a 5 mois ; c'est un terrassier qui travaille de 6 heures du matin à 8 heures du soir et se nourrit comme les ouvriers de sa profession. Enfin la dernière opérée ne présente pas trace non plus de récidive au bout de 5 mois 1/2.

Comme Kraske, Kappeler conclut que c'est maintenant affaire des mé-

decins d'améliorer les statistiques chirurgicales, en diagnostiquant plus précocement le cancer de l'estomac.

III. — Kocher, à l'encontre de Kappeler qui en est resté à la méthode de pylorectomie de Billroth et Wölfler, revendique comme un avantage de son procédé (*R. S. M.*, XLIV, 294) la simplification de la suture du duodénum à l'estomac grâce au calibre identique de leurs orifices.

Krœnlein a fait sa 1re résection de l'estomac pour cancer en 1881 et sa dernière en 1890 ; le chiffre de ses opérés s'élève à 8 dont 3 ont succombé. Depuis 1890, il n'a pas eu l'occasion de pratiquer cette opération. Ses 4 dernières pylorectomies ont guéri apyrétiquement ; elles ont été faites suivant la méthode de Billroth et Wölfler. Les 3 morts ont été dues, une au collapsus, une à la péritonite, toutes deux au bout de 24 heures, et la 3e à une broncho-pneumonie le 5e jour. Quant aux malades qui ont survécu à l'opération, l'une âgée de 53 ans est morte brusquement d'apoplexie cardiaque le 12e jour, à l'instant même où elle devait quitter l'hôpital ; les 4 autres ont été emportés par les récidives, le 1er âgé de 39 ans, au bout de 16 mois ; la 2e âgée de 41 ans, au bout de 17 mois ; le 3e âgé de 48 ans, au bout de 19 mois 1/2 ; enfin la dernière, une femme de 40 ans, au bout de 2 ans 1/4, après avoir subi 3 mois auparavant l'ablation des 2 ovaires cancéreux.

De 1881 à 1894, Krœnlein a vu 52 cas de cancer stomacal dont 28 ont fait l'objet d'une intervention chirurgicale qui, pour 18, s'est bornée à une laparotomie exploratrice. Quant aux 10 opérations, elles comprennent les 8 pylorectomies signalées et 2 gastro-entérostomies. Ce qui montre bien à quelle époque tardive ces malades réclament les soins chirurgicaux, c'est que parmi les non opérés, 6 ont succombé dans la quinzaine et 5 dans les 4 semaines suivantes.

Roux alimente immédiatement ses opérés qui ne vomissent pas. Dès le lendemain, il leur donne tout ce qu'ils désirent ; cervelle, beefsteck, choucroute même. En cas de vomissements ou d'inappétence, il fait des lavages gastriques suivis d'essais d'alimentation. Tous se lèvent dès le 2e ou le 3e jour.

J. B.

**Ueber Jejunostomie, par Eugen HAHN** (*Deut. med. Woch.*, *n° 27*, *1894*).

L'auteur a pratiqué 5 fois l'opération de la fistule sur le jejunum. L'opération est indiquée : 1° dans les cas de brûlure de l'estomac et de l'œsophage lorsque la vie est en danger ; 2° dans les carcinomes du cardia et de la partie inférieure de l'œsophage, lorsque la gastrotomie est impraticable en raison de l'état de ratatinement de l'estomac ; 3° dans les carcinomes du pylore, lorsque l'estomac est envahi au point que l'on ne peut faire ni la gastrotomie, ni la gastroentérostomie ; 4° peut-être dans les ulcères de l'estomac avec hémorragie récidivant sous l'influence de l'introduction des aliments.

La technique ne diffère guère de celle qui est employée pour les fistules intestinales. L'incision se fait entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, assez longue pour permettre de trouver facilement la partie la plus élevée du jejunum. Si l'état du malade le permet, on n'ouvrira l'intestin que lorsque l'adhérence aux bords de la plaie sera établie.

H. DE BRINON.

**Zur Chirurgie der Gallensteinkrankheit, par Hans KEHR** (*Deutsche Zeitschr. für Chir., XXXVIII, 3-4, p. 322*).

Cette importante contribution à la chirurgie des voies biliaires s'appuie sur 81 interventions, dont 25 observations ont déjà été publiées en 1893. Voici le détail de ces opérations : 39 cholécystostomies, dont 36 en un temps, et 3 en deux temps (pour les opérations en un temps, 3 fois il y a eu en même temps cysticotomie, 1 fois cholédochotomie, 1 fois une cure radicale d'une hernie de la ligne blanche, 1 fois une ouverture de l'estomac) ; 7 cholédochotomies ; 6 cysticotomies ; 5 cholécystectomies ; 4 cholécystendyses, dont 1 combinée avec une opération de Loreta ; 2 destructions d'adhérences ; 5 laparotomies exploratrices ; 2 réouvertures de la cavité abdominale ; 3 ouvertures d'abcès ; 2 fermetures de fistules ; 6 incisions d'anciennes fistules biliaires fermées. Les conclusions de l'auteur peuvent être résumées ainsi. On ne fait pas assez d'opérations sur les voies biliaires et il faudrait intervenir de meilleure heure. La plupart des lithiasiques ne devraient pas se rendre à Carlsbad, mais dans une clinique chirurgicale. Il faut éclairer la masse du public sur la lithiase biliaire. Le médecin ne doit pas faire retarder indéfiniment l'opération. Une intervention est généralement indiquée dès que les douleurs deviennent très vives ; en tous cas, elle peut être très utile, alors même qu'il n'y a ni ictère, ni tuméfaction hépatique, ni tumeur de la vésicule. Les « crampes d'estomac » sont souvent la conséquence des calculs biliaires et bien des malades, traités pour des tumeurs de l'estomac, ne sont que des lithiasiques. Le lobule hépatique, en forme de languette, si bien décrit par Riedel, s'accompagne souvent d'hydropisie de la vésicule. Les coliques hépatiques sont fréquemment la conséquence d'une inflammation de la vésicule biliaire ; et, s'il y a alors de l'ictère, il est dû à un boursouflement de la muqueuse des voies biliaires principales. Des adhérences, surtout celles qui siègent entre le pylore et la vésicule, peuvent, alors même que les calculs ont disparu, causer des douleurs semblables à celles des crises de coliques hépatiques. Lors de l'opération, on doit détruire, autant que possible, ces adhérences. La cholécystostomie suffit pour enlever les pierres de la vésicule ; d'ordinaire elle n'est pas suivie de fistule persistante. La cholécystectomie n'est de mise que dans les cas de lésions des parois de la vésicule (carcinomes, ulcérations, etc.) ; elle est cependant encore indiquée quand l'organe est ratatiné et très petit. On doit enlever les calculs du cholédoque par la cholédochotomie ; de même, on doit extraire ceux du cystique par une incision de ce canal. L'acte chirurgical n'est pas toujours grave. Kehr n'a pas encore observé un seul cas de récidive. Les opérations pour calculs biliaires ne doivent être tentées que dans les véritables instituts chirurgicaux et ce n'est que les médecins, habitués à la chirurgie abdominale, qui peuvent se livrer à ces opérations. En résumé, éloquent et vibrant plaidoyer, appuyé sur des faits nombreux, en faveur de l'intervention chirurgicale dans les affections des voies biliaires, qui, désormais, sont du domaine de la chirurgie, comme l'appendicite.

MARCEL BAUDOUIN.

**Un cas de cholécystotomie pour lithiase biliaire avec cathétérisme et désobstruction des voies biliaires par des injections d'éther, par FONTAN** (*Bulletin Acad. de méd., 7 août 1894*).

Femme de 33 ans, atteinte d'ictère et de crises de coliques hépatiques rebelles à toute médication. La cholécystotomie permet de retirer 30 calculs sphériques et le cathétérisme des voies biliaires est tenté, mais sans succès. On procède alors à une injection de quatre gouttes d'éther ; à quatre reprises, pendant une période de 12 jours, ces injections sont renouvelées et la perméabilité des voies biliaires se rétablit. OZENNE.

**Two cases of operation for severe abdominal injuries, par Robert JONES** (*The Lancet, p. 1132, 5 mai 1894*).

Le premier cas seul est intéressant.

*Plaie pénétrante du foie.* — Le 18 août 1893, un jeune homme de 18 ans est blessé par un couteau qui pénètre au-dessous du rebord costal et sur la ligne médiane de l'abdomen. La plaie fut aussitôt élargie, l'abdomen était rempli de sang caillebotté et sur la surface supérieure du lobe droit du foie était une blessure d'un pouce et demi de long et de trois quarts de pouce de profondeur. La plaie fut suturée et aussitôt l'hémorragie s'arrêta. Les caillots, très adhérents, furent très difficilement extraits de l'abdomen que l'on fut obligé de drainer.

Le drain fut enlevé le second jour, et le patient guérit assez rapidement pour quitter l'hôpital trois semaines après son accident. MAUBRAC.

**Dégénérescence graisseuse aiguë du foie chez les malades mortes après laparotomie dès les premiers jours, et sans lésions de péritonite suppurée, par THIERCELIN et JAYLE** (*Soc. anat., p. 375, 1er juin 1894*).

Chez les malades qui meurent les premiers jours après laparotomie, avec fièvre ou sans élévation notable de température, on trouve des altérations de la glande hépatique essentiellement caractérisées par leur dégénérescence aiguë.

Cette dégénérescence aiguë est d'origine infectieuse.

L'infection est produite par l'introduction de microbes pathogènes et en particulier du streptocoque dans la cavité péritonéale. L'étendue de la surface de la séreuse péritonéale et sa facilité d'absorption expliquent la rapidité de l'évolution des accidents. La mort survient par septicémie et surtout par toxémie, avant que la réaction locale ait eu le temps de se produire et de donner naissance à des produits inflammatoires ; pas de fausses membranes.

L'existence de lésions hépatiques anciennes rend très grave la moindre infection. Le foie normal transforme en effet les toxines microbiennes et protège ainsi l'organisme contre les intoxications d'origine microbienne. S'il est malade, la barrière qu'il oppose à l'empoisonnement de l'organisme est bientôt forcée, et la mort survient rapidement. MAUBRAC.

**Vorstellung eines operativ geheilten Falles von Gallensteinileus, par KŒRTE** (*Berlin. klin. Woch., n° 7, p. 178, 12 février 1894*).

Homme de 52 ans ayant eu, il y a 6 mois, plusieurs accès de colique hépatique avec expulsion d'un certain nombre de petits calculs par l'intestin. Le 30 septembre, il fut pris de signes d'occlusion intestinale. Laparotomie le 6 octobre. L'exploration méthodique de la cavité abdominale fait découvrir dans

la profondeur du petit bassin, du côté droit, quelques anses affaissées sur elles-mêmes. En les suivant, K. trouva, à 20 ou 30 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin, à la partie la plus inférieure de l'iléon, un corps dur, complètement immobilisé. K., ayant attiré l'anse qui le renfermait au dehors, l'incisa longitudinalement sur le côté convexe et en retira un calcul de la grosseur d'un petit œuf de poule. Suture en travers de la plaie intestinale. Guérison rapide.

C'est la quatrième fois que Kœrte a l'occasion d'intervenir pour des étranglements internes occasionnés par des calculs biliaires; 3 de ses opérés ont guéri. (*R. S. M.*, XLIV, 298.) J. B.

**Des adhérences péritonéales douloureuses, par NICAISE** (*Revue de chir., n° 8, p. 621, 1894*).

Nicaise rappelle plusieurs faits dans lesquels les adhérences péritonéales étendues ont produit soit l'occlusion intestinale, soit des douleurs intenses. Il donne l'observation d'une hernie ombilicale ancienne irréductible avec des adhérences filamenteuses de l'intestin au sac provoquant des crises de douleurs violentes. La cure radicale amena la disparition des douleurs.

Il insiste sur la difficulté du diagnostic, qui, le plus souvent, ne peut être fait que par exclusion. Le seul traitement rationnel est la laparotomie avec destruction des adhérences. C. WALTHER.

**Ein Fall von angeborenem, linksseitigen Zwerchfellsdefect..., par Karl ABEL** (*Berlin. klin. Woch., n° 4, p. 84, 22 janvier, et n° 5, p. 114, 29 janvier 1894*).

Il s'agit d'une hernie diaphragmatique congénitale, chez une femme de 33 ans, qui a donné lieu à plusieurs phénomènes d'étranglement mortels. Parmi les symptômes permettant de distinguer une hernie diaphragmatique étranglée, dans un étranglement interne abdominal, Abel insiste sur l'existence, dans la première, d'un décubitus latéral correspondant au côté du hiatus et de douleurs en ceinture; sur l'indolence et la rétraction en bateau du ventre, la voussure d'un côté du thorax avec sonorité tympanitique, le déplacement du cœur. Il est partisan de l'opération aussi précoce que possible. Si l'estomac est tellement volumineux qu'il ne puisse refranchir l'orifice diaphragmatique, Abel conseille de réséquer les côtes et d'inciser la plèvre pour ponctionner l'estomac dans la cavité pleurale afin de la vider; si le grand épiploon adhère à la plèvre on le réséquera. (*R. S. M.*, XXXVII, 245; XLI, 654.) J. B.

**Zur operativen Behandlung..... (Traitement chirurgical de la hernie diaphragmatique), par Alfred NEUMANN** (*Deutsche med. Woch., n° 33, 1894*).

Abel et Neumann ont tenté chacun de leur côté l'opération de la hernie diaphragmatique sans avoir pu la terminer. Bardenheuer, Galassi et O'Dwyer ont fait aussi chacun la même opération mais sans avoir diagnostiqué la hernie. Dans le cas observé par Neumann, le diagnostic de hernie diaphragmatique ne put encore être établi qu'après l'ouverture de l'abdomen. La portion du gros intestin qui avait pénétré dans la cavité pleurale, était longue d'environ 30 centimètres et appartenait au côlon transverse; l'épiploon adhérait intimement à l'orifice diaphragmatique, il fallut agrandir cet orifice d'environ 3 centimètres pour obtenir la réduc-

tion. L'opération a duré 1 heure 40 minutes ; le malade qui était âgé de 29 ans, succomba la nuit suivante. L'insuccès paraît dû à ce que l'opération a été faite trop tardivement, comme dans le cas de O'Dwyer. Elle n'a d'ailleurs réussi dans aucun des cas publiés. H. DE BRINON.

**Cure radicale de la hernie inguinale, par BLAISE** (*Thèse de Paris, 1894*).

L'étude anatomique du canal occupe une place importante. L'auteur l'étudie plan par plan, avant de le montrer dans son ensemble. La paroi postérieure, mal connue jusqu'ici, offre cependant des points intéressants, et dont la connaissance a suggéré les méthodes nouvelles de cure radicale : le tendon conjoint avec ses fibres réfléchies, la bandelette iléo-pubienne en dehors, la partie faible du canal, chemin ordinaire des hernies directes. Le canal préexiste à la descente du testicule, et en lui s'invagine le facia transversalis, pour venir former la tunique fibreuse des bourses. Lors de hernie, de hernie ancienne surtout, c'est la paroi postérieure qui offre les glus grands délabrements, par effondrement des plans qui la composent, élargissement de l'orifice profond et perte de l'obliquité du canal. Le manuel opératoire est réglé de façon à remédier à ces différents accidents. Il faut fendre la paroi antérieure largement, libérer le contenu, isoler le sac et fixer son moignon à la paroi suivant le procédé de Barker. On procède alors, comme Bassini, à la restauration patiente de la paroi postérieure, pour laquelle les points isolés paraissent supérieurs au surjet. Suivent un chapitre concernant les difficultés opératoires, et un recueil d'observations où le procédé préconisé par l'auteur, procédé de P. Berger, a donné les meilleurs résultats. ARROU.

**Traitement des hernies gangrenées, par CHAPUT** (*Archives gén. de méd., mai 1894*).

Le pronostic des hernies gangrenées est toujours très grave, en raison de l'infection généralisée.

La suture intestinale est un moyen de traitement supérieur à l'anus contre nature, car elle expose moins au phlegmon herniaire et ne laisse pas après elle une infirmité répugnante.

La mortalité avec la suture intestinale est de 15 à 20 0/0, inférieure à celle de l'anus contre nature, qui est de 28 0/0.

La suture intestinale peut être perfectionnée par un large débridement de l'anneau de dehors en dedans, par une résection large de l'intestin emportant les tissus malades ou suspects, par l'emploi de la suture circulaire avec fente, la non-réduction de l'anse et le drainage du péritoine.

La suture est contre-indiquée quand il existe du collapsus ou une péritonite grave.

Quand les lésions sont peu étendues, il est avantageux de les enterrer au fond d'un pli maintenu par un double étage de sutures (procédé de l'invagination). Quand elles sont étendues en largeur, on peut, si les régions voisines sont saines, se contenter d'une excision losangique, réunie, comme dans la suture circulaire avec fente. RICHARDIÈRE.

**Ueber Radicaloperation von Inguinalhernien, par GIRARD** (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte, n° 4, p. 186, 15 mars 1894*).

Girard a fait 101 cures radicales de hernies dont 45 d'après le procédé Czerny, 17 par le procédé Mac-Ewen, 4 par celui de Bassini, 2 par celui de Kocher et 33 d'après un procédé qui lui est propre.

Depuis 18 mois, Girard pratique presque toujours l'opération de la manière suivante :

1° Large incision du canal inguinal ou de l'aponévrose de l'oblique parallèlement à ses fibres et, chez l'adulte, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'arcade fémorale ; 2° dissection du sac et ligature aussi élevée que possible ; en cas d'entonnoir vaste, suture sous le contrôle de la vue. Lorsque l'isolement de la totalité du sac d'avec le cordon funiculaire est trop difficile, on ne le fait qu'au niveau de l'anneau inguinal interne et l'on pratique l'oblitération par suture ou par ligature, suivant les dimensions du collet; 3° suture entrecoupée du bord inférieur de l'oblique interne aussi près que possible du ligament de Poupart; 4° suture entrecoupée du bord supérieur de l'incision de l'aponévrose de l'oblique, également au niveau du ligament de Poupart ; 5° rabattement du bord inférieur, large de 3 ou 4 centimètres, de l'incision de l'aponévrose de l'oblique sur le bord supérieur déjà suturé de cette incision, auquel on le fixe par des points entrecoupés. On a ainsi doublé sur une largeur de 4 centimètres l'aponévrose musculaire le long de l'arcade fémorale. Pour les hernies invétérées obliques et volumineuses et pour les hernies directes avec large orifice, Girard s'est efforcé en plus de renforcer la paroi abdominale en greffant à la partie inférieure du canal inguinal un fragment de périoste de la face antérieure du tibia, long de 5 à 6 centimètres et large de 3, qu'il fixe par quelques sutures. Dans 6 hernies inguinales et 2 crurales, ce lambeau périostique lui a rendu de bons services, sans d'ailleurs qu'il y ait eu néoformation osseuse. Girard fait toujours un drainage, quelquefois sur deux points ; il préfère pour les sutures le catgut un peu gros à la soie. (*R. S. M.*, XXXII, 670). J. B.

**Removal of testicle in radical operations for inguinal hernia, par MORTON** (*New York med. Journ., p. 509, 21 avril 1894*).

L'ablation du testicule, au cours d'opération pour hernie inguinale, doit être limitée aux cas suivants :

1° Le testicule n'est point descendu. Si le testicule est dégénéré ou malade, ou ne peut être isolé du sac sans danger pour sa vitalité, ou bien si manifestement il est hors d'état de fonctionner, l'ablation n'est pas discutable. Mais s'il paraît sain, mieux vaut tenter de l'attirer dans le scrotum et de l'y fixer : si cela est impossible, il faut le repousser dans la cavité abdominale et fermer l'anneau interne ;

2° La hernie est congénitale ; mais il sera exceptionnel d'être obligé de recourir à cette extrémité ;

3° Une affection chronique ou aiguë du testicule ou du cordon compliquant la hernie, réclament du fait même de leur existence, l'ablation du testicule ;

4° Un traumatisme grave a atteint pendant ou avant l'opération le

testicule ou le cordon ; par exemple, la section accidentelle de la plupart des vaisseaux du cordon ; la blessure du canal déférent n'oblige pas à l'ablation du testicule : toutefois, si la glande était séparée de toutes ses connexions, ou de ses vaisseaux, la nécrose étant imminente, mieux vaut enlever l'organe ;

5° Le sac est ulcéré, la circulation est suspendue dans ces organes, et comme conséquence, il y a suppuration ; l'opération radicale ne doit alors pas être différée. MAUBRAC.

**Cure radicale de la hernie ombilicale avec une série de 29 cas (18 ombilicales, 11 épigastriques), par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** (*Mercredi méd., 17 octobre 1894*).

On ne doit jamais laisser grossir la hernie ombilicale, d'autant plus qu'après la cure radicale des hernies volumineuses la récidive est menaçante. L'opération varie suivant la forme de la hernie ; elle consiste à détruire le plan glissant, à fermer le sac et à suturer la paroi à plans multiples. L'excision de l'ombilic ou omphalectomie est une nécessité dans la plupart des cas. Il faut réséquer tout l'épiploon hernié et tout celui qui peut être extrait.

La hernie épigastrique n'a guère de tendance à augmenter de volume, mais elle est habituellement douloureuse et difficile à maintenir. L'opération est facile et doit être large ; elle consiste en incision large de l'orifice, ouverture du sac, excision de l'épiploon, puis du sac ligaturé, et enfin suturé. La récidive n'a pas été observée. LEFLAIVE.

**Pathologie und Therapie der Perityphlitis ; appendicitis simplex perforativa, par SONNENBURG** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XXXVIII, 2-3, p. 155*).

Mémoire considérable, dans lequel l'auteur, après avoir pris connaissance de tous les travaux publiés récemment sur ce sujet, a étudié la question en prenant pour base le chiffre relativement énorme de quatre-vingts opérations personnelles. A mesure qu'on opère de meilleure heure, on arrive à mieux connaître le processus pathogénique qui mène à la périty phlite et Sonnenburg en arrive aujourd'hui à admettre qu'il n'y a guère que trois espèces de lésions originelles : 1° L'appendicite aiguë catarrhale ; 2° l'appendicite chronique catarrhale ; 3° l'appendicite ulcéreuse ou gangréneuse, perforante. Les deux dernières formes peuvent être accompagnées de péritonite circonscrite (abcès péri-appendiculaire) ou de péritonite diffuse. Laissant de côté les cas relevant de la tuberculose et de l'actinomycose, ceux qui ont trait à une ulcération due à la fièvre typhoïde ou à un corps étranger intestinal, il aborde ensuite l'étude de ces trois variétés. On peut dire que les deux premières sont d'ordre médical et que le chirurgien a rarement à intervenir dans ces circonstances. La 3e forme, au contraire, d'un diagnostic aisé désormais, constitue l'ancienne périty phlite des auteurs ; on n'est embarrassé, au point de vue clinique, que lorsque l'appendice, siégeant en un autre point de l'abdomen que dans la fosse iliaque droite, s'enflamme en cette situation insolite. Quand l'abcès est très petit, il peut disparaître seul ; mais ordinairement il ne guérit pas sans intervention ; et, si l'on n'opère pas ces malades, ils présentent récidives sur récidives (20 fois sur 80 cas de Sonnenburg). Quand on enlève

l'appendice d'une façon précoce, on constate que le pus se forme très vite. Dans 52 opérations de cette catégorie, l'auteur a rencontré du pus. Il est incontestable que les résultats opératoires sont meilleurs quand on agit dès le début, avant que les symptômes de péritonite ne se soient déclarés, et, dans ces cas, la guérison est radicale.

Autrefois Sonnenburg opérait en deux temps. Aujourd'hui il y a renoncé presque complètement, sauf quand il y a du tympanisme exagéré. Dans le premier temps, on incisait alors jusqu'au péritoine exclusivement. Dans l'opération en un seul temps, Sonnenburg fait une grande incision, qui, la plupart du temps, permet d'extirper l'appendice, résultat qu'il faut avant tout chercher à atteindre, pour éviter des complications ultérieures et des suppurations interminables. Mais ce n'est pas toujours facile et on peut, à force d'essais infructueux, déchirer le péritoine. Il faut de suite suturer la séreuse ou tamponner à la gaze iodoformée la brèche qu'on vient de créer.

Toute la partie clinique et chirurgicale du travail a été rédigée par Sonnenburg lui-même ; mais, dans la seconde partie, il a passé la plume à un de ses assistants, qui a traité à fond le côté anatomo-pathologique de la question. Ce n'est pas d'ailleurs le point le moins intéressant de ce mémoire. Finkelstein a étudié d'abord les causes de la maladie, le rôle joué par les microbes du cœcum et par les corps étrangers de cette partie du tube digestif ; puis il a montré qu'on avait exagéré un peu le rôle des concrétions fécales de l'appendice.

A son avis, l'appendicite perforante s'accompagne constamment de la production du pus. 4 fois seulement sur 80 cas, l'abcès a manqué. Or, précisément dans ces 4 faits, l'appendicite était simple ; il n'y avait pas de perforation. Assez souvent cet abcès est rétropéritonéal, et, en somme, il y a bien plus souvent qu'on ne l'a dit une véritable paratyphlite. Finkelstein insiste ensuite sur les dangers qu'il y a à laisser évoluer spontanément ces abcès : Il en résulte souvent de véritables désastres, en particulier quand la suppuration se fait jour dans la cavité péritonéale. Il faut bien savoir, en effet, que les péritonites par perforation sont très souvent la conséquence des appendicites.

L'auteur admet 4 variétés de péritonite consécutive à cette affection : 1° la forme séro-fibrineuse ; 2° la forme suraiguë, avec exsudat séro-sanguin ou septicémie péritonéale de Mikulicz, certainement mortelle par infection généralisée et intense ; 3° la forme fibrineuse suppurée putride, qui tue très souvent ; 4° la forme fibrineuse suppurée progressive de Mikulicz, qui cède la plus facilement à une intervention chirurgicale. Finkelstein en décrit 2 types. Dans le premier, il y a des adhérences entre tous les viscères, avec foyers purulents isolés entre les anses d'intestin ; dans le second, nombreux foyers purulents communiquant entre eux et adhérences très lâches entre les différentes parties de l'intestin.

La fin de ce long mémoire renferme le résumé des observations qui sont ainsi classées : *a*) 5 appendicites simples et purulentes, 0 mort ; *b*) 52 appendicites perforantes sans complications, avec 0 mort et 0 récidive jusqu'à présent ; on fit 22 fois la résection de l'appendice ; *c*) 20 appendicites perforantes avec complications, péritonite généralisée. Ces 20 observations ont trait : 1° à 8 péritonites fibrino-suppurées progres-

sives, avec 3 morts ; 2° à 12 péritonites septiques diffuses avec infection, avec 12 morts, malgré 12 interventions. MARCEL BAUDOUIN.

**Remarques sur l'appendicite, d'après une expérience personnelle de 181 cas, par Maurice RICHARDSON** (*The Amer. j. of the med. Sc., p. 1, janvier 1894*).

Sur les 181 cas, 46 avaient eu des attaques antérieures, 22 une seule attaque, 5 deux attaques, 19 trois attaques ; dans 12 cas, le nombre des attaques n'est pas signalé. Les morts après interventions dans lesquelles on trouve une péritonite généralisée sont au nombre de 24.

Un cas, où il n'y avait pas de péritonite généralisée, on trouva un abcès circonscrit ; ouvert et drainé, sans infection générale il fut cependant suivi de mort. Mort également dans un fait où la péritonite se généralisa après la rupture d'adhérences solides qui limitaient un abcès. Dans deux cas, la mort survint ultérieurement, avec péritonite généralisée par formation d'un nouvel abcès. Trois fois survint une péritonite mortelle après drainage au niveau d'un intestin malade. Dans un de ces cas l'abcès résultait probablement d'une pyléphlébite, l'appendice était gangrené.

La guérison survint dans 9 cas où il y avait péritonite aiguë généralisée ; dans 10 cas de drainage d'abcès suivi de guérison, la cavité péritonéale était plus ou moins infectée. Enfin dans 39 cas la cavité péritonéale ne fut pas ouverte.

Sur le nombre total de 181 cas, il y eut 43 morts 24 0/0, sur 107 opérés 30 morts 28 0/0. Sur ceux-ci il y avait péritonite généralisée plus ou moins intense dans 32 cas, 9 guérisons, 75 0/0 de mortalité.

C'est la péritonite généralisée qui le plus souvent cause la mort. Celle-ci survient généralement au bout de peu d'heures. La vie se prolonge rarement plus de 48 heures.

Sauf une ou deux exceptions, l'opération a été faite immédiatement. Quand on tarde trop, on est obligé d'opérer à deux ou trois reprises. Dans un cas seulement on a pu attribuer l'insuccès à ce retard.

A ces 181 cas d'appendicite, l'auteur ajoute 8 cas dans lesquels il crut avoir affaire à de l'appendicite. Dans deux c'était un étranglement par bride, dans deux des tumeurs malignes, dans un une péritonite aiguë généralisée blennorragique, deux étranglements par brides omphalo-mésentériques ; un fut opéré par un collègue de l'auteur, l'appendice était sain. De ces 8 cas deux guérirent, le dernier et un des avant-derniers. F. VERCHÈRE.

**I. — Vorstellung eines Falles von Darmresection bei Carcinom, par J. ISRAEL** (*Berlin. klin. Woch., n° 11, p. 275, 12 mars 1894*).

**II. — Discussion de la Société médicale de Berlin** (*Ibidem, p. 276*).

I. — Femme de 85 ans, à qui Israel, après une série d'opérations d'urgence vient d'enlever un cancer du gros intestin. La première attaque d'étranglement interne remonte à plus de 20 ans. Lors de sa première admission, il y a 18 mois, elle n'avait pas eu de selles depuis 6 semaines et depuis 8 jours les vomissements étaient devenus fécaloïdes. Emaciation et faiblesse extrêmes ; ballonnement énorme du ventre, accélération du pouls et sécheresse de la langue. Rien n'indiquant le siège, ni la nature de l'obstacle, Israel fit la côlotomie gauche et trouva au-dessus de l'arcade fémorale une anse très météo-

risée du gros intestin qu'il incisa. L'anus artificiel ayant mis fin aux accidents, Israel procéda en vain à une nouvelle exploration de l'abdomen externe et interne par la fistule. 10 mois plus tard, la femme revint, l'anus s'étant tellement rétréci qu'il donnait lieu à des phénomènes de rétention des matières. Israel dut agrandir la fistule, mais alors se fit un prolapsus de l'intestin de 40 centimètres de longueur. Il restreignit les dimensions de l'ouverture intestinale, mais l'anse invaginée ne tarda pas à reformer une saillie aussi considérable qu'avant l'opération. Au bout de quelques mois, la malade demanda à ce qu'on la débarrassât de ce prolapsus qui, outre des coliques permanentes, formait parfois un boudin presque irréductible descendant sur les cuisses. En introduisant le doigt dans l'intestin hernié, I. sentit une tumeur dure à la distance de 6 centimètres du sommet du prolapsus; lorsque la femme se levait, le prolapsus s'exagérant, laissait apercevoir le cancer au sommet du prolapsus. Chose curieuse, la tumeur occupait le segment d'intestin qui de la fistule remontait vers les fausses côtes et qui aurait semblé devoir être le bout supérieur. Israël se décida à réséquer l'intestin invaginé et la tumeur. A sa grande surprise, il reconnut que l'anus artificiel, au lieu d'avoir été pratiqué sur le côlon descendant, siégeait sur le côlon transverse déplacé. A partir de la courbure hépatique, ce côlon descendait obliquement dans la fosse iliaque gauche, puis remontait verticalement jusqu'au rebord des fausses côtes et là, après avoir formé la courbure splénique, se continuait avec le côlon descendant. Enfin, 4 mois plus tard, Israel a débarrassé la malade de son anus artificiel après avoir vérifié l'absence d'éperon. Pour rendre l'opération moins dangereuse, il n'a pas rouvert la cavité péritonéale, se bornant à détacher l'intestin de la peau dans les limites des adhérences, puis il a suturé ensemble les muqueuses et fait par-dessus des points en étages pour les parois abdominales. La tumeur avait complètement oblitéré le calibre de l'intestin. Au moment de la résection, le segment invaginé avait 28 centimètres de long. Le grand épiploon était logé entre les segments invaginant et invaginé, tandis que le mésocôlon était appendu à ce dernier.

II. — Hahn remarque que les vieilles femmes semblent supporter d'une façon remarquable les opérations nécessitées par un étranglement interne. Il y a quelques années, il fit cette opération chez une femme qui avait dépassé 70 ans. Bien qu'entrée en plein collapsus, elle se rétablit rapidement d'une côlotomie droite. Quelques semaines plus tard, H. reconnut que l'obstacle siégeait dans le côlon, vraisemblablement au niveau de son coude gauche; comme la tumeur était cachée sous le rebord des fausses côtes, on ne pouvait la sentir. La malade désirant être débarrassée de son anus contre nature, Hahn fit la laparotomie sur la ligne médiane. En poussant la main vers le coude gauche du côlon, il y perçut la tumeur qu'il attira contre la paroi abdominale gauche, puis incisa celle-ci, amena au dehors côlon et tumeur, les fixa à la plaie et attendit pour les réséquer que l'intestin eût contracté des adhérences. L'opérée avait ainsi deux anus artificiels et une plaie suturée de la ligne médiane. Hahn referma successivement l'anus droit placé sur le côlon ascendant et le gauche situé sur le côlon descendant. Cette femme a bien guéri.

*Rotter* opère différemment. Il ne pratique l'anus artificiel inguinal qu'autant que le cancer occupe le rectum ou l'S iliaque. S'il n'en peut préciser le siège, il ouvre le ventre sur la ligne médiane et va à la recherche de l'obstacle, ce qui lui a toujours réussi sans trop de difficultés; puis il établit l'anus artificiel de manière à faciliter l'opération radicale qui doit suivre au bout de quelques semaines. Ainsi, il a suturé un cancer du côlon transverse dans la plaie de laparotomie et pratiqué un anus immédiatement au-dessus; 3 semaines plus tard, il réséqua simultanément l'anus et le néoplasme et fit l'entérorrhaphie circulaire. Pour

un cancer inopérable de la courbure droite du côlon, il pratiqua un anus à la partie la plus inférieure de l'iléon et l'utilisa, quelques semaines après pour l'entéroanastomose avec le côlon transverse. Dans un cas d'étranglement chronique par flexion de la portion inférieure de l'iléon, il fit successivement un anus immédiatement au-dessus de l'obstacle et quelques semaines plus tard, l'entérectomie. Tous ses opérés ont guéri.

*Israel* convient que Rotter a raison en principe, mais il estime qu'il faut se guider suivant les circonstances. La manière de procéder de Rotter exige une force de résistance supérieure à celle qu'offrent beaucoup de malades atteints d'étranglement interne, alors même qu'ils ne sont pas vieux. La recherche de l'obstacle parmi les anses météorisées n'est d'ailleurs pas si facile qu'il semble et nécessite de nombreuses manipulations des intestins. J. B.

**Intestinal approximation; its pathological histology of reunion and statistical analysis, par MURPHY** (*Med. Record, 26 mai, 2 et 7 juin 1894*).

Après avoir rappelé l'histologie de la réunion intestinale suivant le procédé Czerny-Lembert, l'auteur étudie la gastro-entérostomie, la cholécystentérostomie, l'entéro-entérostomie, en joignant à chaque chapitre un tableau synoptique des interventions si nombreuses depuis quelques années où la suture intestinale fut pratiquée, qu'il s'agisse de tumeurs du pylore, de l'intestin grêle, du pancréas, de lithiase biliaire, de hernies étranglées ou gangrénées, d'occlusion, d'anus contre nature, d'obstruction intestinale, de fistules stercorales, etc. Ce travail est terminé par un index bibliographique très complet de la question.

Voici les conclusions de Murphy :

Plus l'opération est rapidement menée, moins il y a de danger de choc post-opératoire ; moins il y a de manipulations des intestins et moins ils sont exposés à l'air, moins grand est le danger d'infection, de parésie post-opératoire et d'adhérences ; plus la pression dans la réunion est uniforme et continue, plus grande est la chance d'adhésion, de coaptation et moins grande la probabilité d'infiltration ; dans ces dernières années, les moyens mécaniques de coaptation (les entéroplexes) ont donné de meilleurs résultats que la réunion latérale comme dans la réunion bout à bout ; la mortalité dans la réunion bout à bout est moins grande que dans la réunion latérale, d'où la préférence qui doit lui être accordée ; plus la juxtaposition de divers plans est parfaite, moins il y a d'interposition du tissu fibreux, d'autant meilleure est la régénération de la ligne d'union ; la juxtaposition des plans histologiques similaires de la paroi des intestins est une garantie contre les strictures cicatricielles ; plus la surface de coaptation est étendue, plus il y a de tissu fibreux, plus la rétraction cicatricielle est grande ; la rétraction dans la suture bout à bout est moins considérable que dans la réunion latérale. CART.

**Approximation viscérale par plaques absorbables, par MAGILL** (*Thèse de Paris, 1894*).

La méthode de plaques a été proposée par Senn en 1887, et elle est d'un usage courant en Amérique. L'auteur étudie minutieusement la méthode de Senn. Le procédé opératoire est décrit avec détail. Cette méthode a

été appliquée dans la gastro-entérostomie, dans la pylorectomie, dans les abouchements de la vésicule avec l'intestin ou des intestins entre eux. L'auteur cite, parmi beaucoup d'autres observations, 43 gastro-entérostomies faites par divers chirurgiens ; aucun accident, par insuffisance de l'approximation, n'a été observé. ARROU.

**Dilatation and rupture of sigmoid flexure without obstruction, par J. BERRY**
(*The Lancet, p. 335, 10 février 1894*).

Berry montre une S iliaque énormément distendue, ulcérée et perforée, toutes lésions résultant d'une simple constipation chronique. Le cœcum, le côlon ascendant, transverse et descendant, ne sont ni distendus, ni hypertrophiés.

L'S iliaque forme un sac énorme, de 18 pouces de circonférence, en son point le plus dilaté. Il occupait presque tout le côté gauche de l'abdomen, remontait jusqu'au foie et à la rate auxquels il adhérait.

Le malade était un homme de 73 ans, qui fut admis en état de collapsus à l'hôpital. Depuis longtemps il souffrait de constipation, qui durant les 9 dernières années avait été extrême. Les signes de perforation s'étaient développés quelques heures avant l'admission à l'hôpital, et le patient succomba aussitôt après.

La principale cause de cette dilatation doit être rapportée à l'atonie de l'intestin. MAUBRAC.

**Considérations sur la contusion abdominale avec lésion des viscères, par VAUTRIN**
(*Revue méd. de l'Est, n° 4, p. 97, 1894*).

Après toute contusion abdominale suivie de choc nerveux très marqué, de dépression et de symptômes abdominaux notoires, il est indiqué de pratiquer de la laparotomie. Elle ne devra être entreprise pendant la période de stupeur ou de choc, que dans le cas où cette période se prolongerait au point de faire craindre pour la vie du malade. Si la température est au-dessous de 35°5 et le pouls irrégulier et petit, il y a contre-indication absolue. L'opération doit être exécutée dans les 24 premières heures pour mettre à l'abri l'éclosion de la péritonite. Dans les cas embarrassants, lorsqu'il y a doute sur l'existence d'une lésion viscérale, l'intervention est de beaucoup préférable à l'expectation. LEFLAIVE.

**Note sur la péritonite aiguë généralisée aseptique, par HARTMANN et MORAX**
(*Annales de gyn., mars 1894*).

Dans un cas à la suite de torsion de la rate deux fois sur son pédicule, dans un autre cas à la suite de la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire s'est produite une péritonite généralisée aseptique. On pratiqua la laparotomie, on enleva le corps du délit. On constata la rougeur du péritoine et l'existence d'une petite quantité de liquide séro-citrin. L'examen microscopique du liquide, son ensemencement dans le bouillon et sur gélose démontrèrent l'absence de tout germe.

Indiquée déjà par Schrœder et par Bumm, l'existence de la péritonite aiguë généralisée aseptique se trouve cette fois-ci démontrée par l'examen bactériologique. PORAK.

**Six cas de laparotomie exploratrice, par F. VILLAR** (*Arch. prov. de chir., p. 458, juillet 1894*).

L'auteur a obtenu, sur six cas, quatre résultats nuls, une amélioration légère, une guérison absolue. Dans le cas d'amélioration, il s'agissait d'une ascite qui fut moins considérable à la suite.

La laparotomie exploratrice n'est pas une opération grave; puisqu'elle donne de bons résultats dans les cas de péritonite tuberculeuse par exemple, pourquoi n'en serait-il pas de même dans les cas de tumeurs malignes, d'ascite ? On connait des cas de régression de tumeurs solides abdominales par la simple incision exploratrice. Il est des cas où la laparotomie exploratrice a permis d'extirper telle ou telle tumeur qu'on jugeait inopérable. La laparotomie exploratrice, à moins de contre-indications spéciales, doit être pratiquée d'une façon systématique. F. VERCHÈRE.

**Sarcome in the mesosigmoid ; resection of sigmoid, par ARBUTHNOT LANE** (*The Lancet, p. 1006, 21 avril 1894*).

Une femme de 43 ans entre à l'hôpital le 13 janvier 1894. Depuis 4 ans, elle s'est aperçue de l'existence d'une tumeur dans la partie inférieure du côté gauche de l'abdomen ; cette tumeur est actuellement grosse comme les deux poings, elle est très mobile et très douloureuse. Depuis les 6 derniers mois, amaigrissement rapide, difficulté d'aller à la selle.

La tumeur a 6 ou 7 pouces de diamètre, très mobile.

Le 15 janvier, l'abdomen est ouvert; la tumeur, irrégulière, est située dans le méso de l'anse sigmoïde, elle s'avance jusqu'au niveau de l'intestin qu'elle englobe sur une étendue de 10 à 12 pouces. La tumeur, avec l'anse intestinale qui y adhère, est enlevée.

L'abouchement de l'intestin est pratiqué à l'aide d'un bouton de Murphy ; un tampon de gaze est introduit dans l'abdomen.

Le 20 janvier, le tampon est souillé de pus à odeur fécale : le tampon est renouvelé.

Le 27 janvier, le bouton est expulsé dans une selle naturelle.

Le 28 février, la malade quitte l'hôpital, conservant encore une fistulette qui donne quelques gouttes de pus. MAUBRAC.

**Ein seltener Fall einer..... (Cas rare d'un kyste traumatique de la paroi stomacale), par ZIEGLER** (*Münch. med. Woch., n° 6, p. 103, 1894*).

Un employé de chemin de fer est serré entre deux tampons. Il se développe dans les jours qui suivent ce traumatisme une tumeur volumineuse et fluctuante de la région supérieure de l'abdomen. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un décollement des couches de l'estomac (probablement entre la muqueuse et la musculeuse), dans lequel s'était fait un épanchement de sang. Celui-ci évacué à l'aide du trocart, le patient guérit sans réaction. C. LUZET.

**Zur Kenntniss der perisplenischen Blutcysten, par SUBBOTIC** (*Wien. med. Presse, 2 septembre 1894*).

S. a observé le cas suivant, en janvier 1892, à l'hôpital de Belgrade : Homme de 30 ans, paludique, pas de traumatisme ; à gauche, sous les fausses côtes, se trouve une masse se dirigeant à droite vers la ligne médiane, de forme oblongue, lisse, fluctuante, facilement délimitable, dont l'extrémité inférieure s'en va jusqu'à l'épine antéro-supérieure. Diagnostic : kyste périsplénique sanguin ou à échinocoques. Anesthésie chloroformique, incision. Le péritoine

est intimement lié aux parois de la tumeur dont il s'écoule 1,500 grammes d'un liquide sanguinolent. La cavité abdominale ne fut pas ouverte. Le microscope ne revèle rien de particulier dans le liquide. Au fond de la cavité, on perçoit nettement l'extrémité de la rate. Guérison rapide de la plaie opératoire. L'impaludisme ne fut nullement modifié (type tierce). CART.

**Cysts of epigastrium, par ALLEN** (*New York med. Journ., p. 346, 17 mars 1894*).

Allen cite 2 cas dans lesquels il est intervenu pour un kyste supposé du pancréas.

Dans le 1er cas, la tumeur était située entre l'estomac et le côlon transverse et ne contenait que du sang. Peu après la malade devint enceinte, et peu avant la fin de sa grossesse, elle fut prise de vomissements et de collapsus, et mourut. On trouva dans la cavité abdominale, un kyste contenant une grande quantité de liquide sanguinolent.

Le second malade était un garçon dont la tumeur siégeait au-dessus de l'estomac. Une incision abdominale permit de vider le kyste, et les lèvres de l'incision du sac furent suturées aux lèvres de l'incision abdominale. Le liquide de cette tumeur contenait de la cholestérine et de la graisse émulsionnée, mais point de trypsine.

La situation de ces tumeurs avait fait porter le diagnostic de kystes du pancréas. Ces kystes sont peut-être dus à l'accumulation de liquide dans l'arrière-cavité des épiploons. MAUBRAC.

**Du traitement de l'imperforation de l'anus, par Paul DELAGENIÈRE** (*Arch. prov. de chir. p. 405, juillet 1894*).

L'auteur défend l'intervention immédiate dans les cas d'imperforation de l'anus, qu'il y ait ou non absence totale du rectum. Sauf dans les cas où l'ampoule fait une saillie au périnée, l'auteur recommande un nouveau procédé.

Laparotomie assez haute dans la fosse iliaque gauche et parallèlement au pli de l'aine, de 7 à 8 centimètres de longueur. On refoule l'intestin pour découvrir l'extrémité inférieure du gros intestin qui répond à l'articulation sacro-iliaque gauche. Pour le mobiliser, on incise le péritoine par le sacrum. Puis avec le doigt on déchire les adhérences qui l'entourent, en remontant le plus haut possible en épargnant les vaisseaux. On saisit l'intestin avec une pince et on attira le plus possible en dehors de la loge rétropéritonéale qu'il occupait.

On incise alors le périnée, s'il n'a été incisé avant, au besoin on résèque le coccyx et on arrive à la vessie qui servira de repère et de guide. Avec la pince tenant toujours l'intestin on refoule le péritoine pelvien et on le fait s'engager dans l'extrémité de la galerie qui vient d'être creusée du périnée dans l'abdomen.

On saisit alors le péritoine par le périnée, puis on l'incise. Le rectum est alors à découvert, on le pince et on l'attire. Il ne reste plus qu'à fixer l'intestin dans sa nouvelle situation et à l'ouvrir, ce que l'on ne fait qu'après toutes les sutures même celles de la peau du périnée. On suture ensuite l'abdomen. Sur 4 opérations, ce procédé rationnel a donné 4 morts. F. VERCHÈRE.

**De la voie vaginale dans les excisions pour rétrécissements non cancéreux du rectum, par CAMPENON** (*8e Congrès franç. de chir., Bulletin méd., 21 octobre 1894*).

Ce procédé, qui respecte le sphincter anal, et, par conséquent, évite l'incontinence consécutive des matières, s'exécute ainsi : La femme étant dans la position du spéculum, la paroi antérieure du vagin est fortement attirée en haut par une large valve, de manière à bien découvrir la paroi postérieure. Le doigt est alors introduit dans le rectum jusqu'au-dessus du rétrécissement. A ce niveau l'on perfore d'un coup de bistouri la cloison recto-vaginale et l'on continue cette incision sur la ligne médiane, coupant successivement la cloison recto-vaginale, la fourchette et le périnée tout entier jusqu'à l'anus.

Le rectum ainsi ouvert est étalé et, le rétrécissement se trouvant bien découvert, on le cerne par deux incisions l'une au-dessus et l'autre au-dessous, puis l'on suture les deux bouts du rectum. Cela fait, on restaure le sphincter par des points de suture forts et l'on termine par la périnéorraphie. OZENNE.

**De l'imperforation ano-rectale; restauration du rectum dans tous les cas, par FRŒLICH** (*Gaz. hebd. de méd. Paris, 4 août 1894*).

Devant un cas d'atrésie ano-rectale, le chirurgien ne doit avoir qu'un seul but, rétablir l'état normal par la rectoplastie, dût-il pour cela perforer les culs-de-sac péritonéaux ou pratiquer la laparotomie. Malgré la gravité de ces interventions, les petits malades peuvent guérir et guérir radicalement, tandis qu'une intervention moins hardie, alors même qu'elle leur conserverait l'existence, ce qui n'est pas, dans l'immense majorité des cas, n'en fera jamais des êtres capables de prendre part à la vie sociale. LEFLAIVE.

**Ueber Nierenaneurysma (Anévrisme du rein), par Eugen HAHN** (*Deutsche med. Woch., n° 32, 1894*).

Femme de 49 ans. Début deux mois auparavant à la suite d'un effort. On avait constaté la présence d'une tumeur dans la région du rein gauche. L'auteur chercha d'abord à l'aborder par la voie lombaire, mais il fut arrêté par une hémorragie profuse et dut recourir à la voie transpéritonéale; il put alors disséquer la tumeur qui se trouvait enfermée dans la capsule externe du rein et l'enlever avec le rein sous ligatures. Guérison sans incidents. Il s'agissait d'un anévrisme développé sur une des branches de l'artère rénale.

Cinq autres cas d'anévrismes ont été publiés par Armstrong, Oestreich, Gruber et Hochenegg ; tous sont des trouvailles d'autopsie. Hahn discute le diagnostic qui ne présente aucune base certaine.

H. DE BRINON.

**Intestinal obstruction due to fœcal accumulation, associated with displaced kidney, par W. KIDD** (*The Lancet, p. 131, 21 juillet 1894*).

Kidd rapporte l'histoire de 4 malades ayant présenté tous les caractères d'une attaque d'obstruction intestinale due à l'accumulation de matières fécales, et chez lesquels tous les accidents ont été causés par un rein mobile ou déplacé.

Chez ces malades, l'accumulation de matières avait lieu dans l'angle formé par le côlon ascendant et le côlon transverse, ou dans le côlon transverse : c'est toujours le rein droit qui a causé la compression anormale. Dans tous les cas le rein déplacé n'a été reconnu que lorsque les patients ont été guéris. MAUBRAC.

**Rupture du rein; hémorragie péri-rénale : suture hémostatique du parenchyme rénal, par PEYROT, TUFFIER, GERARD-MARCHANT** (*Bulletin Soc. chir.*, *XX*, *p. 289*, *292*, *317*).

Dans un cas de déchirure grave du rein, amenant après deux mois des accidents fébriles et une dépression inquiétante, Peyrot a été amené à intervenir. L'incision l'a conduit sur un vaste épanchement sanguin de 2 litres et demi, remplissant la fosse rénale. Le rein était abaissé, comprimé, et son exploration révéla une déchirure de son extrémité supérieure. Au cours de l'exploration, il fallut placer trois pinces sur des vaisseaux artériels de l'organe, déchirés lors de la contusion rénale et origine indéniable de l'hémorragie constatée. Ces pinces, laissées en place pendant trois jours, ont assuré l'hémostase, et le malade a guéri après une amélioration lente, mais continue.

Dans un cas semblable, où des accidents péritonéaux s'étaient montrés, Gérard-Marchant a pu constater un signe particulier, témoignant bien de l'hémorragie en cours dans l'atmosphère rénale. C'est l'infiltration œdémateuse du cordon et de l'épididyme, avec ecchymose à l'orifice extérieur du canal inguinal. Une tumeur volumineuse existait dans la fosse lombaire. L'incision conduisit sur une masse de caillots au milieu de laquelle le rein fut trouvé séparé en deux parties égales et écartées l'une de l'autre de trois travers de doigt. L'état de la glande aussi atteinte ne permettant pas la conservation, l'opérateur dut pratiquer la néphrectomie.

Dans cinq cas de rupture certaine, accompagnés d'hématuries abondantes, Tuffier a vu quatre fois la guérison survenir sans opération, et n'a dû intervenir qu'une fois. Il s'agissait d'une déchirure rénale avec fracture de la 12e côte, énorme épanchement subissant l'impulsion de la toux, et parésie de la jambe gauche par compression nerveuse. Dans le fond de la plaie, l'auteur constata la fracture des deux premières apophyses transverses lombaires. La face postérieure du rein était déchirée dans l'étendue de 5 centimètres, et le reste de l'organe présentait une coloration noirâtre ecchymotique. Quatre points de catgut, serrés modérément, suffirent pour suturer l'organe et assurer son hémostase. Tuffier estime que cette manœuvre, conseillée par lui et exécutée plus tard par Kümmell, doit être employée toutes les fois qu'il est possible de rapprocher les fragments de l'organe. ARROU.

**Fibrome énorme rétro-rénal, par A. REVERDIN** (*8e Congrès franç. de chir.*, *Bull. méd.*, *21 octobre 1894*).

Femme atteinte d'une énorme tumeur abdominale compliquée d'œdème des membres et de la vulve, de dyspnée intense, vomissements et diarrhée. Laparotomie. Sur la face antérieure de la tumeur est étalé l'uretère, et, en haut et en avant, se trouve le rein droit, qui a été repoussé par la tumeur développée derrière lui. Ablation ; guérison. Cette tumeur était un fibrome.

OZENNE.

**Étude sur la tuberculose rénale, par Ch. DU PASQUIER** (*Thèse de Paris*, *1894*).

L'infection tuberculeuse du rein par voie sanguine (rein médical) est plus fréquente que l'infection par voie uretérale (rein tuberculeux chirurgical).

1er type : plusieurs cavités résultant d'abcès qui se vident dans le bassinet un certain temps après le début de la maladie.

2e type : cavité unique résultant d'une pyélite, d'où élimination initiale des éléments nécrosés.

La tuberculose d'origine sanguine est justiciable de la néphrectomie lorsque la vessie est saine. R. JAMIN.

**A unique case of renal calculi, par WEEKS** (*Boston med. and surg. Journ., 6 septembre 1894*).

Cette observation est celle du général Seldon Connor, qui fut grièvement blessé en 1864 à la bataille de la « Wilderness ». Depuis cette lointaine époque, son histoire pathologique fut celle du commun des mortels jusqu'en 1887 où on note, à diverses reprises, des urines hématuriques. En 1891, coliques néphrétiques, urines purulentes; on porte le diagnostic pyélonéphrite calculeuse; la santé générale devient mauvaise. En 1892, apparition presque soudaine, dans l'aine droite et un peu plus bas sur la cuisse, de deux collections purulentes, lesquelles sont incisées; on trouve dans chacune d'elles un calcul d'acide urique : traitement approprié; guérison rapide; retour à la santé; le général pèse 101 kilos. CART.

**Des indications opératoires que présentent certaines tumeurs abdominales ayant comprimé les uretères et déterminé des lésions rénales, par ROCHET** (*Arch. de tocol., février-mars 1894*).

La question de l'intégrité de l'appareil rénal joue un rôle considérable dans les résultats de certaines opérations sur le ventre. Sont particulièrement redoutables à cet égard, non seulement les interventions sur l'appareil rénal lui-même, mais aussi les ablations de tumeurs utérines ou autres ayant comprimé lentement les uretères et déterminé des lésions secondaires du système urinaire supérieur. Très nombreux sont les cas de mort plus ou moins rapide à la suite de ces interventions et qu'aucune infection, qu'aucun accident ne peuvent expliquer en dehors de l'insuffisance rénale. A côté de ces faits malheureux il en est d'autres inverses où l'opération a réussi malgré des altérations rénales évidentes. Ces faits correspondent ou bien à des lésions rénales au début, ou unilatérales, ou bien à des cas, non plus de compression lente et incomplète, mais de compression brusque et complète amenant de l'anurie absolue sans avoir eu le temps de produire de grandes altérations rénales. Dans ces deux conditions l'intervention, en dégageant les uretères, peut sauver le malade. PORAK.

**Fibro-myome rétro-vésical, par VERHOOGEN** (*Ann. Soc. belge de chir., 15 juillet 1894*).

Jeune homme de 23 ans, ayant depuis cinq ans des crises de violentes douleurs abdominales, suivies de l'émission de matières fécales et de mucus abondant; à la palpation sus-pubienne on perçoit une tumeur molle, non fluctuante. Le ventre ouvert, on trouve une tumeur de l'aspect d'un fibrome utérin, qui remplit le petit bassin, remonte jusqu'à l'ombilic et adhère à l'intestin. Cette tumeur est fixée à la paroi abdominale dans le but de dégager le rectum.

Les crises douloureuses n'ayant pas disparu, on en pratique quelque temps après l'extirpation, après rupture des adhérences à l'intestin, à la vessie et

aux parois du bassin et section de son pédicule, qui émergeait de la paroi vésicale au niveau des vésicules séminales. Mort de l'opéré le quatrième jour. Ce néoplasme, de la grosseur d'une tête d'enfant, était un fibro-myome.

OZENNE.

**Cystocèle urétrale, par POUSSON** (*Journ. méd. Bordeaux, 25 mars 1894*).

Comme exemple de hernie de la muqueuse vésicale à travers l'urètre, Pousson cite le fait d'une jeune fille, atteinte de troubles urinaires depuis son enfance et d'une tumeur sortant par le méat. Au moment où elle faisait hernie elle offrait le volume d'une grosse noix et une coloration rougeâtre; elle était de consistance mollasse, réductible et saignait au toucher; en oblitérant le méat cette tumeur mettait obstacle à la miction. Le traitement, suivi de succès, a consisté dans la section de son pédicule, qui était vésical, et dans la suture des lèvres muqueuses. Comme pathogénie de cette invagination, l'auteur se rallie à la dilatation d'une crypte, située autour du col vésical, et repoussant la muqueuse en dehors. OZENNE.

**Tuberculosis of the bladder (vessie), par HUNTER Mc GUIRE** (*Virginia med. Monthly, XX, n° 12, p. 1083*).

Un homme de 22 ans souffrait de troubles vésicaux depuis deux ans lorsque tout à coup il ressentit une violente douleur à l'extrémité du pénis; en même temps, les dernières gouttes d'urine étaient chargées de sang. Durant les trois mois qui suivirent, la miction resta fréquente et douloureuse et l'urine chargée de pus.

L'épididyme droit était tuméfié; incisé, il donna issue à un liquide semblable à du pus; la prostate était parsemée de noyaux indurés.

Pour mettre la vessie au repos, on pratiqua une taille hypogastrique; l'amélioration fut immédiate. Au bout de 4 ou 5 mois, l'opéré allait bien et sa santé est encore bonne 4 ans après l'opération.

Quatre autres malades ont été traités de la même manière. Deux ont rapidement succombé après l'opération; chez l'un d'eux, la vessie était criblée de tubercules et la muqueuse était presque détruite.

Les deux autres malades guérirent. Chez l'un, le méat artificiel put être fermé au bout de 12 mois; chez l'autre, on dut maintenir le drainage.

MAUBRAC.

**Cystite tuberculeuse; son traitement, par CATROU** (*Thèse de Paris, 1893*).

Le sublimé est de tous les topiques vésicaux le seul donnant des résultats : il ne guérit pas la tuberculose, mais permet de la supporter.

Les lavages sont contre-indiqués par suite de l'hyperesthésie de la vessie, aussi les instillations de sublimé semblent la méthode de choix; lorsqu'elles ne donnent pas de résultat, Catrou conseille de recourir en dernier lieu à la cystotomie et au drainage vésical qui calment les douleurs internes. R. JAMIN.

**Cystite exfoliante en dehors de la rétroversion de l'utérus gravide et de l'accouchement laborieux, par C. PÉPIN** (*Thèse de Paris, 1894*).

La rétention d'urine et le traumatisme joints à l'âge, aux maladies anciennes ou générales sont les causes de la cystite exfoliante.

L'exfoliation atteint en général la muqueuse seule, mais parfois aussi la couche musculaire et le péritoine et est due à une forme de gangrène

consécutive à une violente inflammation. Les agents pathogènes sont le coli-bacille et le staphylocoque dont la virulence est augmentée.

Le pronostic est sombre, chez l'homme surtout, à cause de la rétention des membranes septiques.

Comme traitement, Pépin préconise les lavages antiseptiques fréquents, la cystotomie, la résection de la vessie. R. JAMIN.

**Cystotomie sus-pubienne; incision transversale et verticale, par F. ARMAND** (*Thèse de Paris, 1893*).

Dans la taille sus-pubienne, l'incision transversale à direction un peu curviligne est sans danger; elle est plus rapide et donne plus de jour que l'incision verticale lorsque l'on opère vers le trigone. Celle-ci semble indiquée contre les douleurs, les hématuries, la tuberculose; celle-la doit être réservée aux tumeurs infiltrées ou situées au voisinage du col, au cathétérisme des uretères, à la résection de la prostate. Chez l'enfant, l'incision verticale est préférable, tandis que chez la femme l'incision transversale est masquée ensuite par les poils et les plis de la peau et chez elle il est facile d'éviter les canaux inguinaux. R. JAMIN.

**Traitement chirurgical des ruptures traumatiques de la vessie, par SIEUR** (*Arch. gén. de med., février et mars 1894*).

Les ruptures de la vessie doivent être considérées comme un accident très grave. Les cas de guérison spontanée sont exceptionnels. L'intervention chirurgicale est nécessaire, quelle que soit la variété de la rupture. Elle est d'autant plus efficace qu'elle est plus précoce. Certains chirurgiens recommandent même l'incision exploratrice dès l'entrée à l'hôpital. En fait, la période véritablement opératoire, celle qui permet de pallier aux dangers d'une hémorragie et d'une intoxication urineuse subaiguë est extrêmement courte. Elle est comprise entre le moment de l'accident et les 6 à 12 premières heures suivantes.

La distinction entre la contusion simple de la vessie et la contusion avec complications internes est le plus souvent extrêmement difficile. Les signes qui paraissent avoir le plus d'importance sont : la douleur spéciale ressentie au moment de l'accident; le refroidissement cholériforme; le besoin de la miction, que le malade ne peut satisfaire; l'absence du globe vésical en arrière du pubis; la faible quantité d'urine ramenée par le cathétérisme.

Lorsque l'intervention est décidée, le chirurgien peut choisir entre la laparotomie exploratrice sus-pubienne et l'incision sus-pubienne.

Les deux seules contre-indications sont: le choc nerveux et le collapsus avec anurie. RICHARDIÈRE.

**I. — Case of extra-peritoneal vesical hernia, par E. MICHELS et W. PARKER** (*The Lancet, p. 1068, 28 avril 1894*).

**II. — A case of bladder (vessie) in an inguinal hernial sac, par PURCELL** (*Ibidem, p. 1128, 5 mai 1894*).

**III. — Extra-peritoneal vesical hernia, par ARBUTHNOT LANE** (*Ibidem, p. 1186, 11 mai 1894*).

I. — Un homme de 48 ans était atteint de hernie inguinale double ; on pratiqua la cure radicale des deux côtés : à droite, la dissection du sac fut un peu plus

difficile, cependant le sac fut lié et le moignon repoussé dans l'abdomen. 24 heures après, le patient se plaignit de douleurs dans l'hypogastre et l'urine était mélangée à du sang ; il parut alors évident que ce que l'on avait considéré comme un sac vide, du côté droit, n'était autre chose qu'un diverticule extra-péritonéal de la vessie. L'abdomen fut alors ouvert à nouveau, et on sutura une plaie qui siégeait dans la partie extra-péritonéale de la vessie. Le malade guérit sans accident.

*Macready* a observé une femme de 67 ans, atteinte de hernie crurale étranglée du côté droit. Le sac fut ouvert et l'intestin repoussé dans l'abdomen ; le sac fut alors isolé, lié et réséqué. 3 jours après, on constatait un écoulement purulent par la plaie opératoire ; le 9e jour, de l'urine s'écoulait par la plaie. On plaça une sonde à demeure et le patient guérit sponlanément.

II. — Un homme de 56 ans était atteint depuis plusieurs années de hernie scrotale droite ; le 15 novembre 1892, cette hernie est étranglée. Le sac fut ouvert, l'intestin isolé et refoulé dans l'abdomen ; une masse qu'on supposa être de l'épiploon, ne put être réduite ; avant de réséquer cette masse, on l'incisa et aussitôt de l'urine s'écoula.

On sutura chacune des lèvres de la plaie vésicale aux lèvres correspondantes de l'incision opératoire et un drain fut laissé à demeure.

Divers accidents survinrent (suppuration de la plaie, etc.), mais sans troubler profondément la cicatrisation de la plaie.

Le 7 janvier, les parties paraissent suffisamment saines pour qu'on puisse tenter de fermer la plaie de la vessie. La portion de la vessie qui est incisée est grosse comme la moitié du poing ; les bords de la plaie sont avivés, la muqueuse de la vessie est suturée et par-dessus on suture la peau avivée avec les plans sous-jacents.

Quand on enleva les sutures, il y eut encore un léger écoulement d'urine, qui peu à peu disparut complètement.

III. — Un homme de 51 ans est à l'hôpital, le 20 mars 1894, porteur d'une hernie inguinale gauche volumineuse ; cette hernie était réductible en partie, mais il restait une portion mollasse, que l'on supposait être de l'épiploon graisseux et adhérent.

Le 6 avril, le sac est découvert en entier, il est recouvert de masses graisseuses ; en dehors du sac, sur sa partie externe, on trouvait une masse allongée, de la forme et du volume du pouce ; en la comprimant, on refoulait dans l'abdomen du liquide qui refluait aussitôt qu'on cessait la compression. La paroi ressemblait, quant à la structure, à la paroi vésicale normale ; une petite incision donna issue à de l'urine saine. Au niveau du point incisé, les lèvres de la couche muqueuse furent retournées en dedans, puis suturées, et, par-dessus cette ligne, on fit une nouvelle ligne de sutures. Cette portion de vessie herniée fut libérée des tissus voisins et réduite dans l'abdomen ; le sac fut alors réséqué et les anneaux inguinaux suturés. Guérison sans incident. A noter ici que la vessie herniée ne paraît pas avoir eu de connexion réelle avec la paroi du sac herniaire. MAUBRAC.

**Uretérotomie externe avec cathétérisme à demeure de l'uretère, par ALBARRAN**
(*8e Congrès franç. de chir., Bull. méd., 24 octobre 1894.*

Homme de 31 ans ayant conservé, à la suite d'un abcès urinaire, un trajet fistuleux, situé dans la fosse iliaque gauche et donnant issue de temps en temps à de l'urine purulente. Au moyen d'une incision au-dessus de l'arcade crurale, Albarran est arrivé jusqu'à la solution de continuité de l'uretère, près de laquelle se trouvait un calcul urique long de 12 millimètres. Après avoir bien nettoyé et curetté la plaie il a fait la cystotomie, et par le bout vésical de l'uretère il a dilaté progressivement le canal au moyen de bougies

qui pénétraient au-dessus de la perforation. Cette constatation évidente, une sonde à bout coupé a été introduite dans le canal jusqu'au bassinet, qui a été lavé avec de l'eau boriquée; puis la sonde a été laissée à demeure, son pavillon fixé à la plaie de la taille.

10 jours plus tard, pendant lesquels aucune goutte d'urine ne s'écoula par la plaie iliaque, la sonde fut enlevée et la fistule hypogastrique fut fermée. A partir de ce jour la guérison a été complète et persiste depuis 14 mois.

OZENNE.

**Ein Ligaturfaden als Kern eines Blasensteines, par LUESCHER** (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte, n° 3, p. 83, 1er février 1894*).

Femme ayant subi, en automne 1890, l'opération radicale d'une hernie crurale gauche; suture à la soie du lambeau périostique destiné à fermer l'orifice herniaire. Guérison par première intention. En automne 1891, à la suite de la grippe, douleurs dans le côté opéré, puis dans la vessie; urines troubles. Un petit orifice à l'angle interne de la cicatrice, qui donnait encore issue à un peu de pus, ne tarda pas à s'oblitérer. Mais l'affection vésicale persista, malgré que la malade eût rendu un calcul présentant à son centre un fil de soie. En octobre 1892, à l'examen cystoscopique (le cathétérisme ayant été négatif) Girard découvrit au côté gauche de la vessie un calcul qui laissait voir le fil autour duquel il s'était formé. Lithotritie et guérison. Les deux calculs étaient phosphatiques.

Dans la discussion, Dumont présente un calcul phosphatique de 4 millimètres de diamètre, formé autour d'une ligature de soie et expulsé spontanément de la vessie par un homme de 25 ans à qui Kocher avait fait en 1887 la cystorraphie.

J. B.

**Indications de la cystostomie sus-pubienne (création d'un urètre contre nature temporaire ou permanent) chez les prostatiques atteints d'accidents urinaires graves, par Ant. PONCET** (*Gaz. hebd. de méd. Paris, 16 juin 1894*).

La cystostomie doit être préférée à la sonde, à la sonde à demeure, aux ponctions, lorsque le cathétérisme est impossible ou très difficile, urétrorragique, mal supporté, redouté par le malade, lorsqu'il existe des fausses routes, des hémorragies vésicales, dans le cas d'hématocèle vésicale, de caillots sanguins volumineux faisant obstacle à la miction. Elle est également indiquée chez les prostatiques atteints d'infection urinaire (forme aiguë, forme chronique grave), dans les cystites infectieuses aiguës, dans les cystites chroniques rebelles ayant résisté au traitement par le cathétérisme.

LEFLAIVE.

**I. — Hypertrophie de la prostate; castration, par MEYER et HÄNEL** (*Centr. für Krankh. der Harn., V, n° 7, p. 329*).

**II. — Idem, par Manssell MOULLIN** (*Med. Presse and circular, n° 2889, p. 285, 1894*).

I. — Homme de 70 ans, atteint d'accidents urinaires graves par suite d'une hypertrophie de la prostate du volume du poing. Insuccès de diverses mesures. Castration. Guérison rapide. Après la première semaine, la prostate avait diminué, et, en trois semaines, elle avait repris son volume normal.

II. — Homme de 81 ans. Prostate du volume d'une mandarine. Cathétérisme impossible; cystite purulente. On hésita à faire une taille sus-pubienne et on se décida en fin de compte pour la castration. Au bout de trois semaines, la prostate était réduite au volume normal et, depuis le jour de l'opération, l'urine avait passé librement. Guérison.

A. C.

**Utriculitis; a contribution to the pathology of the prostatic utricle, par BELFIELD** (*Journ. of the Amer. med. Ass.*, *21 avril 1894*).

Après avoir résumé brièvement l'embryologie puis l'anatomie normale du vestige du corps de Müller, l'utricule prostatique, Belfield rappelle divers cas où le diagnostic put être établi post mortem, ainsi que l'observation suivante qui lui est personnelle :

Homme de 40 ans, ayant eu 18 ans auparavant une blennorragie, présentant la symptomatologie de la prostatite chronique avec une grande irritation du rectum que l'examen local n'expliquait pas. Les phénomènes s'aggravèrent, il fut même un jour pris d'une rétention complète d'urine, qui céda immédiatement à l'expulsion par l'urètre d'une certaine quantité de pus épais. A l'examen, la prostate est symétriquement tuméfiée, l'espace compris entre les vésicules séminales distendu, résistant. Les traitements médicaux institués, et l'urétrotomie périnéale pratiquée furent nuls dans leurs résultats. Belfield diagnostique alors une utriculite suppurée, ponctionne l'utricule par le périnée au moyen d'un long et étroit couteau et guérit son malade après drainage et irrigations.

Les conclusions de ce travail sur un sujet rarement étudié sont les suivantes : l'extrémité rudimentaire du corps de Müller chez l'homme, n'est pas complètement incluse dans la glande prostate, mais est en partie délimitée par du tissu connectif pelvien. Il peut présenter deux conditions pathologiques, sa distension par les produits de sécrétions de ses propres glandes et une inflammation suppurative, cette dernière pouvant par contiguité gagner le tissu connectif recto-vésical. De l'englobement de l'utricule par la prostate résulte une communauté de processus morbide et de symptômes cliniques. Dans les cas de prostato-cystites de causes quelconques, d'abcès prostatiques et périprostatiques, la possibilité d'un rôle important joué par l'utricule doit être prise en considération.

A cause de l'extrême étroitesse de l'orifice urétral de l'utricule et de la fréquence de son occlusion, les méthodes de traitement ordinaires des affections de l'urètre, injections, ne sont d'aucune utilité. La cavité de l'utricule peut être atteinte par trois voies : au moyen d'une aiguille aspiratrice passée du périnée dans l'espace triangulaire entre les extrémités supérieures des lobes prostatiques latéraux, par une ponction pratiquée au moyen d'un étroit couteau passant du périnée à la vessie par l'espace triangulaire suivi d'un drainage approprié ; par une incision dans la fosse ischio-rectale et la séparation du rectum de la prostate. CART.

**Un cas de gland supplémentaire, par DAUNIC** (*Arch. prov. de chir.*, *p. 518*, *août 1894*).

Le cas que publie l'auteur a été observé par lui en août 1889 dans le service de Dupau. Il s'agit d'un gland nain, supplémentaire, situé à la partie supérieure de l'organe normal et présentant avec lui une ressemblance parfaite.

Ce cas est intéressant, en sa qualité d'anomalie curieuse et rare, car l'auteur n'a pu retrouver de fait semblable : en outre, la situation du gland anormal, sa disposition et sa forme, viennent corroborer la théorie embryologique, actuellement en honneur, sur le développement de cet organe. F. VERCHÈRE.

**Sur un cas d'urètre double, par MARTIN** (*Bull. Soc. de méd. Angers, p. 110, 2e semestre 1893*).

Un homme de 24 ans vient se faire traiter pour une blennorragie ; l'urètre ne présentait aucun écoulement ; le pus venait sourdre d'un petit pertuis situé au-dessus du canal et formait un écoulement assez abondant et douloureux en tout semblable au pus blennorragique comme aspect. Le malade ne souffrait pas en urinant et c'est la maladie qui lui avait révélé l'existence d'un second canal.

A la partie médiane et supérieure du gland, on voyait une gouttière taillée en biseau et se continuant par un petit orifice. Un stylet introduit cheminait sans difficulté sur une longueur de 1 centimètre 1/2 ; puis si on abaissait sa pointe, il s'engageait dans une partie plus large sur une longueur de 8 centimètres et venait buter contre la symphyse qu'il était impossible de dépasser. Jamais les injections colorées ne passèrent du canal supplémentaire dans le canal ordinaire et l'inflammation ne se propagea pas de l'un à l'autre bien que la blennorragie eût duré 2 mois. LEFLAIVE.

**Extirpation de la verge et des bourses, par CHALOT et ALBARRAN** (*8e Congrès franç. de chir., Bull. méd., 24 octobre 1894*).

Chalot rapporte un cas de cancer du pénis, pour lequel il a dû enlever la totalité des organes génitaux avec les racines des corps caverneux et du bulbe, et les ganglions des deux aînes. Dans ce cas il a suturé l'urètre aux lèvres de la plaie, au milieu de la hauteur de celle-ci, par des sutures cutanéo-muqueuses.

Albarran, dans un cas semblable, a fait l'émasculation totale d'une façon un peu différente. Il a suturé le restant de l'urètre à la partie postérieure de la plaie. Résultat bon sans incontinence. OZENNE.

**Des rétrécissements larges de l'urètre, par E. DE LA CALLE** (*Thèse de Paris, 1893*).

Il existe, d'après de la Calle, dans l'urètre des rétrécissements larges pouvant rester tels ou devenir étroits. Passant souvent inaperçus, ils sont parfois une cause de chronicité de certains écoulements ou bien donnent des sensations variées de cuisson, etc. Comme les autres rétrécissements, ils peuvent présenter comme complications la fièvre urineuse, les abcès péri-urétraux, la cystite et l'orchite à répétition. Le diagnostic est établi par les explorateurs à boule nos 23 à 25 ou bien par les urétromètres, si le méat est trop étroit.

Lorsque les rétrécissements sont dilatables, ils sont justiciables de la dilatation progressive ; s'ils ne se dilatent pas, l'urétrotomie interne est indiquée, de préférence avec l'urétrotome-dilatateur d'Albarran.

R. JAMIN.

**La cystostomie appliquée à la cure de certaines fistules urétrales, par LOUMEAU** (*8e Congrès franç. de chir., Bulletin méd., 24 octobre 1894*).

L'auteur rapporte l'observation de deux sujets atteints de fistules rebelles de l'urètre, qu'il a traitées par la cystostomie et la mise à demeure d'une sonde hypogastrique. Par ce drainage sus-pubien toute l'urine s'écoulait au dehors et le desséchement absolu des fistules fut obtenu. Le cours normal de l'urine a ensuite été rétabli. OZENNE.

**Un cas de torsion du cordon spermatique, par LAUWERS** (*Ann. Soc. belge chir., 15 juin 1894*).

Ce fait a été observé sur un jeune homme de 16 ans, qui brusquement avait été pris de vives douleurs dans la région inguinale gauche. En même temps était apparue une distension énorme de la bourse gauche, où la palpation décela une tumeur bilobée douloureuse et fluctuante. Les bourses incisées et la cavité vaginale, indemne de tout épanchement, étant fendues, on aperçut une tumeur sans adhérence avec la vaginale et formée de deux lobes : l'un inférieur, formé par le testicule, parsemé de taches noires, et l'autre supérieur, formé par l'épididyme et le cordon distendus par de grosses collections sanguines.

A un centimètre et demi au-dessus de son origine, le cordon était tordu et l'on dut retourner quatre fois le testicule pour arriver à étaler le cordon, dont l'amincissement et l'aplatissement très prononcés avaient compromis la vitalité du testicule. Aussi le chirurgien procéda-t-il de suite à la castration.

OZENNE.

**L'ostéite à forme névralgique de Gosselin est une forme d'ostéomyélite infectieuse, par Oscar BLOCH** (*Revue de chir., n° 7, p. 594, 1894*).

Bloch montre par une série d'exemples la gradation insensible qui conduit de l'ostéomyélite aiguë à l'ostéomyélite subaiguë, puis aux abcès des os, enfin à la simple hyperémie infectieuse. Dans la zone hyperémiée qui entoure les abcès à marche chronique il a trouvé du staphylocoque pyogène et dans un cas où la trépanation du grand trochanter ne lui avait montré que des lésions attribuées par Gosselin à l'ostéite névralgique, il a fait encore cette constatation de la présence de staphylocoques.

C. WALTHER.

**Ueber besondere Formen und Folgezustände der acuten infectiösen Osteomyelitis, par C. GARRÉ** (*Beiträge zur klin. Chir., X*).

Les ostéites aiguës purulentes sont d'ordinaire produites par des staphylocoques, des bacilles typhoïdiques ou des pneumocoques. Les bacilles tuberculeux, à eux seuls, peuvent aussi provoquer la suppuration des os, mais alors l'évolution est chronique. On doit donc distinguer : 1° une ostéomyélite primitive aiguë ; 2° une ostéite tuberculeuse chronique.

A côté du type classique d'ostéomyélite primitive aiguë, il est une série de formes irrégulières que Garré décrit en s'appuyant sur 500 observations ; ce sont :

1° La périostite albumineuse. Dans l'exsudat séreux, Garré a rencontré des staphylocoques dont la virulence était si affaiblie que les lapins supportaient sans trouble l'injection de grandes quantités de ces cultures dans le genou ou le péritoine. La nature séro-muqueuse de l'exsudat est due, au moins dans beaucoup de cas, à la dégénération muqueuse d'un exsudat originairement purulent ;

2° La forme subaiguë constitue un tableau clinique, parfois malaisé à distinguer de l'ostéomyélite tuberculeuse, mais l'examen bactérioscopique lève les doutes ;

3° La forme non purulente sclérosante débute d'une manière caractéristique par de la fièvre, du gonflement de l'os et de l'infiltration des par-

ties molles, mais au lieu d'amener rapidement la production de pus et de fistules, elle se termine par guérison en laissant un épaississement de l'os, ou bien se métamorphose beaucoup plus tard, après des mois ou des années, en la forme purulente ordinaire;

4° L'abcès des os;

5° L'ostéomyélite récidivante. Garré rapporte 3 cas dans lesquels l'affection a reparu au bout de 15, 23 et même 28 ans, dans le même os déjà attaqué. Garré croit, comme Kraske, à une nouvelle infection qui se localise au même conduit. Il explique de la même façon les ostéomyélites qui se développent au niveau d'anciennes fractures ou de vieilles plaies par armes à feu;

6° L'ostéomyélite primitive des adultes, chez les individus qui ont dépassé 25 ans, est un fait rare qui s'observe 2 ou 3 fois sur cent;

7° L'ostéomyélite multiple se présente dans un 1/5 des cas; généralement sur 2, plus rarement sur 3, 4 ou 5 points différents, et cela tantôt simultanément, tantôt, ce qui est de règle, successivement. On peut expliquer les poussées de diverses façons. Tantôt la porte d'entrée a donné passage à plusieurs reprises aux microbes qui ont pénétré dans la circulation, tantôt c'est du 1er foyer osseux qu'après pullulation des germes infectieux, s'est produite la réinfection du sang; tantôt enfin il y a eu dépôt simultané de microorganismes pyogènes en divers endroits, mais ils ne se sont montrés pathogènes que sur un seul, tandis qu'ailleurs la vis medicatrix après s'être d'abord opposée à leur activité morbifique, leur a permis de triompher plus tard quand la force de résistance des tissus a été diminuée, par exemple par une fièvre septique prolongée;

8° L'affection des épiphyses qui conduit habituellement à la forme suivante :

9° Le décollement des épiphyses, survenant dans 12 ou 15 0/0 des cas, au plus tôt le 5e jour et se compliquant souvent de suppuration articulaire;

10° La fracture spontanée qu'on note dans 8 0/0 des cas et que Garré n'a jamais observée avant la 6e semaine;

Ces 3 dernières formes n'offrent rien de particulier au point de vue bactériologique. J. B.

**Des plaques d'aluminium vissées directement sur les fragments dans le traitement des pseudarthroses, par THIRIAR** (*Ann. Soc. belge chir., 15 mai 1894*).

1° Homme de 38 ans. Fracture comminutive et compliquée de la jambe. Résection de 3 centimètres du fragment supérieur du tibia. Malgré l'application successive de trois appareils plâtrés et deux appareils amidonnés, la consolidation ne s'était pas effectuée au bout d'une année. On a alors recours à la suture osseuse aux fils d'argent, qui échoue; puis, six mois plus tard, à l'interposition d'un morceau d'os décalcifié entre les fragments avivés, nouvel échec. La consolidation n'est enfin obtenue qu'en vissant sur les deux parties du tibia une plaque d'aluminium d'après le manuel opératoire suivant :

Les surfaces de la pseudarthrose, ayant été bien libérées, furent avivées; puis les deux fragments furent réunis solidement au moyen d'une plaque d'aluminium longue de 12 centimètres, large de 17 millimètres et percée de six trous, laissant passer six vis à tête plates longues de 16 millimètres. Plaque et vis avaient été minutieusement désinfectées. La plaque bien fixée, on constate que toute mobilité anormale a disparu. Suture des tissus; panse-

ment iodoformé ; appareil plâtré. Pas de complication post-opératoire et marche possible au bout de cinq semaines. A cause de la demi-ankylose des articulations du pied et de la tibio-tarsienne, il persiste une gêne douloureuse de la marche pendant plusieurs mois, mais elle finit par disparaître et l'opéré peut reprendre sa profession de plafonneur.

2° Femme de 42 ans, atteinte de fracture comminutive et compliquée de la partie inférieure de la cuisse gauche. La consolidation n'étant pas obtenue, un an après l'accident, malgré la suture osseuse et l'immobilisation dans les appareils plâtrés, on consolide les deux fragments du fémur au moyen d'une plaque d'aluminium de 10 centimètres de long, fixée comme dans l'observation précédente. Même résultat heureux et au bout de trois mois, malgré un raccourcissement de 4 centimètres, la malade peut facilement marcher en s'aidant d'une canne. OZENNE.

**Fracture of the head of the fibula (péroné) by muscular action, par PIERSON** (*Med. Record, 27 mars 1894*).

Ce cas de fracture de la tête du péroné concerne un ouvrier qui pour éviter la chute d'une pierre, fit un saut en arrière et tomba sur le sol. Voulant se relever, il s'aperçoit que sa jambe droite est hors d'usage. A l'examen, on trouve une fracture de la tête du péroné ; le fragment supérieur mesurant 18 millimètres environ, est attiré par le tendon du biceps à une hauteur de 6 centimètres environ ; il est impossible d'amener les surfaces osseuses en apposition si ce n'est dans l'extrême flexion de la jambe et même dans cette position on ne peut les maintenir en contact parfait. On pratiqua la suture osseuse avec pleine réussite. CART.

**Note sur une fracture parcellaire de la tête humérale avec pénétration intra et sous-trochantérienne du fragment détaché, par Gérard MARCHANT et LENOIR** (*Revue d'orthop., 1er juillet 1894*).

La fracture parcellaire de la tête humérale est généralement controversée par les auteurs. Dans le cas présent, elle est hors de doute, le fragment détaché étant visible. Elle concerne un homme de 46 ans, entré dans le service de Gérard Marchant à Ivry, avec une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus droit. Résection de la tête humérale. Examen et description minutieuse de la pièce. Quatre figures grandeur naturelle de la pièce complètent cette intéressante observation.

CART.

**Étude histologique et expérimentale des ostéomes musculaires, par BERTHIER** (*Arch. de méd. exp., VI, 4*).

L'ostéome musculaire, os des cavaliers, n'est pas une tumeur, mais une formation osseuse en rapport avec un arrachement du périoste. On peut le reproduire expérimentalement chez le lapin, en détachant un lambeau de périoste, qui entraîné par les fibres musculaires, forme une greffe osseuse dans l'épaisseur des muscles. La substance osseuse néoformée ne présente pas, au début, la réaction colorante de l'osséine. Les prolongements des cellules osseuses et les canalicules sont dus à une végétation secondaire, et semblent résulter parfois d'un bourgeonnement du noyau de la cellule osseuse. Les ostéoblastes de revêtement sécrètent de la substance fondamentale osseuse. Le tissu osseux dérive, dans ces cas, du cartilage, du tissu conjonctif embryonnaire, du tissu fibreux. L'os

cartilagineux est plutôt une variété de tissu ostéoïde. Lorsqu'une portion d'ostéome se résorbe, les myéloplaxes ne semblent prendre aucune part au phénomène, qui résulterait de la production de bourgeons vasculaires, et d'un trouble dystrophique indépendant. GIRODE.

**I. — Osteoplastische Operationen mittelst Verschiebung von Knochenstücken, par Julius WOLFF** (*Berlin. klin. Woch., n° 6, p. 131, n° 7, p. 166 et n° 9, p. 220, 5, 12 et 26 février 1894*).

**II. — Zur Frage der Vitalität replantirter Knochenstücke, par Arthur BARTH** (*Ibid., n° 14, p. 340, 2 avril 1894*).

I. — Wolff décrit une modification du procédé d'autoplastie osseuse par glissement qu'il a employée depuis novembre 1890, successivement pour combler une perte de substance du frontal, dans 4 cas de rhinoplastie (*R. S. M.*, XXXVII, 654), dans un cas de luxation habituelle de la clavicule en avant du sternum, dans 4 cas de pseudarthrose, enfin dans une cure radicale de hernie crurale. Le trait distinctif de ce procédé, c'est de faire glisser le lambeau périostéo-osseux sous la peau jusqu'à l'endroit qu'il doit occuper, sans déplacer notablement la peau elle-même.

II. — Wolff ayant contesté les résultats des recherches microscopiques de Barth, celui-ci maintient que les morceaux d'os, complètement séparés de leurs connexions avec le squelette vivant, perdent leur vitalité, alors même que la greffe a réussi. (Voy. *R. S. M.*, XLIV, 434.) J. B.

**De la tuberculose du pied; étude anatomo-pathologique, etc., par MONDAU** (*Rev. de chir., n° 9, p. 749, 1894*).

Cette étude s'appuie sur 305 observations provenant de la clinique d'Ollier. L'auteur après un rapide aperçu clinique et étiologique, consacre un important chapitre à la description des lésions osseuses et articulaires. Sur 170 pièces examinées, 145 fois il a été possible de déterminer le point de départ des lésions ; elles étaient dans 31 cas d'origine synoviale, dans 114 cas d'origine osseuse. Sur ces 114 cas, 102 fois les lésions étaient limitées à un seul os, 40 fois au calcanéum, 29 fois à l'astragale, 14 fois au tibia, 17 fois aux autres os du pied. Dans 12 cas, plusieurs os étaient atteints à la fois.

Les types pathologiques sont multiples. Mondau les classe en 4 catégories :

1° Lésions primitives des divers os du métatarse et des phalanges. Peu de tendance à l'envahissement ; en tout cas n'intéressant guère le pied que jusqu'à l'interligne de Lisfranc ;

2° Tuberculose de l'avant-tarse. Début par le cuboïde, ou le scaphoïde ou un cunéiforme, rarement par les métatarsiens ; envahit d'ordinaire tout l'avant-tarse puis y reste localisée ;

3° Tuberculose du calcanéum. Reste souvent localisée ; peut envahir le cuboïde, beaucoup plus souvent l'astragale ;

4° Tuberculose tibio-tarsienne à début soit dans l'astragale soit dans la mortaise tibio-péronière.

A la fin de ce travail, Mondau donne le résultat de ses recherches bactériologiques qui lui ont montré 27 fois du bacille de Koch sur 32 examens de fongosités. C. WALTHER.

**Les cals vicieux de l'extrémité supérieure de l'humérus et leur traitement opératoire, par LEJARS** (*Revue de chir., n° 8, p. 632, 1894*).

Lejars est intervenu une fois pour un décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus, remontant à 33 jours, chez un garçon de 16 ans, une autre fois pour une fracture avec cal vicieux chez une femme de 34 ans. A ces deux faits, Lejars ajoute 6 observations de Bruns relatives à des décollements épiphysaires plus ou moins anciens et 1 observation de Lindner, intervention immédiate pour fracture irréductible.

De l'étude de ces faits, l'auteur conclut qu'en présence d'un cal vicieux, résultant d'un décollement épiphysaire ou d'une fracture consolidée dans cet état de déformation, le seul parti à prendre consiste à mettre le cal à découvert, à dissocier les fragments, à les régulariser, à réséquer, s'il le faut, le sommet du fragment diaphysaire, à les remettre en contact, et, s'il persiste quelque tendance au glissement, à les maintenir solidement réunis par une suture osseuse ou simplement périostique.

C. WALTHER.

**Deux observations de déchirure des cartilages semi-lunaires du genou; excision et guérison, par LARDY** (*Revue de chir., n° 6, p. 493, 1894*).

Dans le premier cas (début des accidents remontant à 15 ans), Lardy en faisant l'arthrotomie trouva le ménisque interne divisé en deux suivant sa longueur et arraché de ses insertions postérieures.

Le second cas est relatif à un sujet atteint d'arthrite sèche et chez lequel s'était produite une luxation du ménisque externe un an auparavant. L'arthrotomie montra que ce ménisque luxé, hypertrophié et ossifié ne tenait plus que par un fil à ses insertions postérieures.

Dans les deux cas, Lardy fit l'ablation du ménisque et obtint un excellent résultat.

Ces déchirures postérieures des ménisques sont les plus rares; Bruns a noté la déchirure, 22 fois à l'insertion antérieure, 4 fois à l'insertion postérieure, 6 fois à la partie moyenne. C. WALTHER.

**Sur les manœuvres de Paci dans les luxations iliaques congénitales et acquises, par PHOCAS** (*Revue d'orthop., 1er juillet 1894*).

La méthode de Paci est trop peu connue en France. Phocas attire de nouveau l'attention sur les préceptes du chirurgien de Pise qui permettent de donner au membre luxé une conformation approchant tellement de la normale que l'apparence de réduction est parfaite, bien que sa réalité ne puisse être affirmée. Description de la méthode. Relation d'une observation concernant un malade du service de Phocas à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille : luxation de la hanche iliaque traumatique datant de 23 jours. Manœuvres de Paci sous le chloroforme. Réduction facile. Guérison complète. CART.

**Two cases of knee trouble depending upon an elongation of the ligamentum patellæ, etc., par W.-J. WALSHAM** (*Medico-chir. Trans., LXXVI, p. 159*).

Walsham rapporte deux observations de malades souffrant de temps en temps de douleurs vives du genou et de difficulté à la marche, qui

paraissaient dues à l'allongement inusité du tendon rotulien, en sorte que la rotule ballottait dans tous les sens et pouvait même se luxer complètement. L'opération suivante remédiera à cette malformation. Incision aseptique sur le tendon rotulien, que l'on fixe par une sonde passée au-dessous de son insertion tibiale, puis section latérale du périoste de chaque côté du tendon, et ablation d'une lame osseuse au dessous de la tubérosité tibiale. Cela fait, d'un coup de scie on détache la tubérosité, que l'on transplante un ou deux centimètres au dessous de façon à tendre le tendon et à le raccourcir. Résultats favorables. H. R.

**I. — Ueber die Ausgänge der tuberculösen Hüftgelenksentzündung bei conservativer Behandlung, par BRUNS** (*Berlin. klin. Wochens.*, *n° 18*, *p. 437*, *30 avril 1894*).

**II. — Discussion du XXIII^e Congrès de la Société allemande de chirurgie** (*Ibidem*).

I. — La statistique de Bruns et Wagner porte sur 600 cas de coxalgie traités depuis 40 ans ; la grande majorité des malades survivants, plus de 200 ont été revus dernièrement. Mais il a fallu éliminer d'abord un chiffre important de cas diagnostiqués comme des coxalgies au début et qui doivent rentrer dans ce qu'on a appelé la déviation du col fémoral ou ce qu'on nomme à Tubingue « coxa vara », puis les cas de coxalgie rhumatismale de Billroth, ensuite 50 cas de coxalgie due à une ostéomyélite du fémur ; on a laissé de côté enfin les cas dont la durée a été moindre de 2 ans et ceux où la mobilité est restée intacte. Après toutes ces défalcations, il subsiste 390 cas dont 69 ont subi une résection, tandis que tous les autres ont été l'objet d'un traitement conservateur. Bruns conclut :

La coxalgie tuberculeuse attaque presque uniquement les deux premières décades de la vie ; la moitié des cas correspond à la première, un tiers à la deuxième et un sixième à la troisième. Dans un tiers des cas, elle s'accompagne de suppuration. Le traitement conservateur la guérit 55 fois sur 100, au bout d'une durée moyenne de 4 ans. La terminaison fatale, qui arrive en moyenne au bout de 3 ans, se produit 40 fois sur 100, amenée d'habitude par la tuberculose viscérale et la tuberculose miliaire, parfois aussi par la dégénération amyloïde. Le pronostic est influencé par la suppuration ; il s'aggrave avec l'âge. Un certain nombre de guéris succombent ultérieurement à la tuberculose d'autres organes : 6 0/0 dans la première décade d'âge ; 9 0/0 dans la suivante et encore 7 0/0 après 20 ou 40 ans. D'autre part, des individus cachectisés reprennent de l'embonpoint et récupèrent toutes les fonctions du membre, en conservant une marche claudicante et un membre atrophié et toujours raccourci, mais fonctionnant sans aucun aide. L'articulation coxo-fémorale est ankylosée partiellement dans un tiers des cas et totalement dans les deux tiers ; les coxalgies non suppurées n'entrent ici que pour moitié. La contracture a presque toujours lieu en flexion, dans 2/3 des cas en adduction et est atténuée par l'abaissement du bassin. Le raccourcissement absolu est occasionné par l'arrêt de croissance du fémur et atteint finalement 1 ou 2 centimètres, tandis que les raccourcissements apparents sont très considérables. Le raccourcissement réel ne dépend pas de la destruction du cartilage épiphysaire mais de l'atrophie résultant de l'inactivité, car les os de la jambe présentent aussi un petit raccourcissement. Dans la coxalgie

tuberculeuse, le déplacement de la cavité cotyloïde est beaucoup plus fréquent que dans la luxation spontanée. Le raccourcissement fonctionnel atteint en moyenne 7 centimètres et peut s'élever jusqu'à 12 centimètres. Sous le rapport du traitement il y a lieu de distinguer 3 périodes : 1° celle des médications dérivatrices ; 2° celle des appareils mécaniques et des bandages inamovibles ; 3° celle de l'iodoforme. La grande majorité des malades n'a pas suivi un traitement méthodique suffisamment long. En comparant les résultats des divers traitements institués on trouve que la résection n'augmente pas les chances de survie et qu'au point de vue fonctionnel elle ne fournit pas des résultats favorables ; elle doit donc être bornée aux cas où le traitement conservateur s'est montré infructueux.

II. — Schede rend compte de 229 cas de coxalgie traités par lui, de 1880 à 1893, à l'hôpital de Hambourg, dans 3 ères thérapeutiques successives correspondant au pansement de Lister (66 0/0 de mortalité) aux injections de tuberculine (75 0/0 de mortalité) et au traitement par l'iodoforme (1 décès constituant une mortalité de 20 0/0); il lui a paru que ce dernier traitement dispense 50 fois sur 100 de la résection.

Helferich estime qu'il y a surtout lieu de renoncer aux résections précoces, comme donnant de mauvais résultats.

Gussenbauer ne peut que confirmer les conclusions de Bruns. En Autriche, on est resté toujours fidèle au traitement conservateur. Lui-même pourrait citer plus de 50 ou 60 cas qui ont parfaitement guéri sans traitement. Les résections qu'il a pratiquées pour suppuration profuse et pour nécrose ne lui ont pas laissé une bonne impression.

Von Bergmann considère, comme la chose importante, un traitement aussi prolongé que possible, qu'il s'agisse de coxalgiques opérés ou non. Le traitement est encore loin d'être terminé quand la plaie est guérie. Si les soins secondaires sont insuffisants, on voit toujours survenir des ankyloses en attitudes vicieuses ; cette ankylose peut se produire au bout de plusieurs années et assez souvent aussi, après 2 ou 3 ans il se forme un peu de suppuration et des fistules au niveau de la cicatrice.

Von Bramann est partisan du traitement rigoureusement conservateur. Sur les 117 cas qu'il a traités depuis 4 ans, il a dû cependant en opérer 18 avec 5 décès par tuberculose. Dans ces 18 résections, 11 fois la cavité cotyloïde était malade, 6 fois même perforée, ce qui explique l'inefficacité des injections d'iodoforme. Pour lui, la résection est indiquée toutes les fois qu'on perçoit, soit extérieurement, soit par le rectum, de la tuméfaction de la cavité cotyloïde. De ses 117 malades, 44 sont guéris sûrement ; pour 23, il manque de renseignements ; les autres sont encore en traitement.

Heussner a déjà plaidé, au congrès d'il y a 4 ans, la cause du traitement conservateur. J. B.

**De l'arthrotomie dans les épanchements non purulents du genou, par Gervais DE ROUVILLE et DANNET** (*Archives gén. de méd., avril 1894*).

Les auteurs considèrent l'arthrotomie comme préférable à la ponction dans les épanchements articulaires non purulents.

Ils réservent l'arthrotomie aux cas d'hydarthrose avec épanchement

abondant, sans points osseux douloureux, aux hydarthroses avec épanchement volumineux très douloureux et avec lésions articulaires et périarticulaires peu prononcées, à tous les cas d'arthropathies dans lesquels le liquide par son volume, sa tension et la douleur qu'il provoque paraît jouer le rôle important. RICHARDIÈRE.

**Trois cas d'ostéotomie sous-trochantérienne du fémur pour ankylose vicieuse de la hanche, par LE DENTU** (*8e Congrès franç. de chir., Bulletin méd., 24 octobre 1894*).

Le Dentu rapporte l'observation de trois coxalgiques, atteintes d'ankylose vicieuse de la hanche, chez lesquelles il a fait l'ostéotomie sous-trochantérienne; chez deux d'entre elles le résultat a été excellent.

L'auteur, discutant les méthodes de redressement du membre, n'est pas partisan de l'ostéoclasie, qui n'est guère applicable que lorsque la déviation est petite. Si celle-ci est considérable, il faut avoir recours à l'ostéotomie.

Les méthodes sus-trochantériennes ont toutes l'inconvénient de laisser le psoas iliaque dans le fragment inférieur, ce qui s'oppose au redressement convenable du membre.

Des trois méthodes sous-trochantériennes, la transverse expose au frottement possible des fragments; l'oblique a le défaut de laisser un bâillement inévitable entre les deux surfaces de section et des pointes aiguës restent dans les tissus. Au contraire la résection cunéiforme donne un membre solide et la direction est excellente. OZENNE.

**Des procédés de cheiloplastie applicables à la réparation des pertes de substance étendues des lèvres, par P. BERGER** (*8e Congrès franç. de chir., Bulletin méd., 24 octobre 1894*).

Les vastes pertes de substance et les destructions presque totales de la lèvre inférieure consécutives à des traumatismes, à des brûlures, au lupus et aux syphilides ulcéreuses étendues et profondes, sont les plus communes. Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° La muqueuse est conservée, le tégument cutané seul étant détruit : en ce cas, la muqueuse est retournée et son bord libre est attiré et fixé plus ou moins bas vers le menton par la rétraction cicatricielle; il existe un véritable ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure. Ces cas sont, de tous, les plus favorables à l'autoplastie ; la méthode italienne y est particulièrement applicable.

Cette opération, mise à exécution dans un grand nombre de cas, a donné un résultat physique et fonctionnel toujours très favorable.

2° La muqueuse a été détruite en partie en même temps que la peau, mais une partie du bord libre de la lèvre inférieure subsiste et adhère à la cicatrice.

B. utilise ce qui reste de la lèvre détruite pour reconstituer son bord libre. La face muqueuse est reformée avec un lambeau cicatriciel que l'on relève de bas en haut; la face cutanée est restaurée au moyen d'un lambeau cutané emprunté soit à la région sus-hyoïdienne, soit au bras.

3° La totalité des parties constituant l'une ou l'autre lèvre ont été détruites. La lèvre doit être refaite de toutes pièces. Il faut la reconstituer

au moyen de la peau et de la muqueuse de la joue qu'on réunit avec soin sur les limites de la perte de substance. Quand on a de la sorte ménagé une certaine longueur de peau doublée de muqueuse, on détache, sur une longueur suffisante, un lambeau large d'un ou deux travers de doigt comprenant cette union cutanéo-muqueuse, on l'infléchit de manière à l'amener prendre la place de la lèvre détruite, et on l'y fixe au moyen de nombreux points de suture. La perte de substance de la joue est fermée ensuite par simple rapprochement de ses bords ou par une autoplastie. Au lieu d'un seul lambeau, on peut se servir de deux lambeaux latéraux constitués de la même façon sur chacune des deux joues, lambeaux que l'on réunit sur la ligne médiane, et dont chacun restaure une des moitiés de la lèvre détruite. OZENNE.

**I. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des épithéliomas adamantins, par Albert CHIBRET** (*Thèse de Paris, n° 287, 1894*).

**II. — Sur une variété de tumeur solide des maxillaires, d'origine paradentaire, par NOVÉ-JOSSERAND et BÉRARD** (*Revue de chir., n° 6, p, 477, 1894*).

I. — L'auteur a étudié cette variété de tumeurs (voy. *R. S. M.*, XLIV, 49) d'après un cas qu'il a eu l'occasion d'observer.

Il reprend la question dans son ensemble et montre que ces productions épithéliales peuvent prendre 3 aspects différents :

1° La tumeur est constituée par des travées d'épithélium polyédrique ; les cellules cylindriques à type adamantin n'apparaissent que dans les extrémités renflées des travées (très rare) ;

2° Les amas épithéliaux sont formés de cellules périphériques cylindriques et de cellules centrales indifférentes ou étoilées (aspect habituel);

3° On retrouve la structure complète de l'organe adamantin avec ses trois ordres de cellules, cylindiques à la périphérie, aplaties dans le coude intermédiaire, étoilées au centre.

Ces tumeurs méritent bien le nom d'épithélioma adamantin et se développent probablement aux dépens des débris épithéliaux paradentaires ; leur origine gingivale est cependant possible dans quelques cas. H. BOURGES.

II. — Nové-Josserand et Bérard rapportent 2 observations de tumeurs solides du maxillaire inférieur dont l'origine paradentaire est nettement démontrée par l'examen microscopique ; ils y joignent 2 faits de tumeurs solides du maxillaire supérieur qui, d'après leur évolution et leurs caractères macroscopiques, leur semblent appartenir à la même variété.

C. WALTHER.

**Kyste dermoïde du médiastin, par DARDIGNAC** (*Revue de chir., n° 9, p. 776*).

Homme de 22 ans. Hospitalisé d'urgence en mai 1893 pour des accidents de suffocation occasionnés par le développement rapide d'une tumeur intrathoracique vidée par aspiration 4 ans auparavant, en 1889, à l'hôpital Saint-Antoine. Cette tumeur, prise alors pour un kyste hydatique du foie ou de la plèvre, avait depuis contracté des adhérences avec la 4e côte droite qui était visiblement soulevée, projetée en haut et altérée. Résection de 5 centimètres de la 4e côte, large ouverture de la poche qui donne issue à environ 1,800 grammes de liquide mélangé de matière sébacée et de poils par touffes. Drainage de la cavité. Guérison rapide par fistule thoracique persistante, l'énucléation partielle ou totale de la paroi kystique paraissant impossible et

dangereuse, en raison des adhérences contractées par elle avec les organes contenus dans le médiastin antérieur.

A cette très intéressante observation, Dardignac ajoute le résumé de 22 faits rassemblés par lui de tumeurs dermoïdes du médiastin.

C. WALTHER.

**Enteric fever; perforation; peritonitis; recovery, par NEWTON** (*Chicago med. Record, V, n° 6, p. 409*).

Une servante, âgée de 17 ans, fut, au cours d'une péritonite, atteinte de perforation de l'intestin : la laparotomie fut refusée. La patiente resta dans un état grave durant plusieurs jours, puis graduellement parut s'améliorer; durant 3 semaines la température fut des plus irrégulières, et la diarrhée persista obstinément. Une semaine s'écoula encore, et un abcès parut entre l'anus et le scrotum, 3 onces de pus fétide en furent retirés. Par l'incision, on introduisit une sonde dans la cavité abdominale, jusqu'à une profondeur de 10 pouces. L'ouverture fut maintenue béante 12 jours, au bout desquels on la laissa se fermer.

La malade guérit complètement. MAUBRAC.

**Squirre atrophique de la langue, par LAGOUTTE** (*Gazette des hôp., p. 758, 29 mai 1894*).

Un homme de 61 ans, n'ayant jamais eu de syphilis, remarqua, il y a 7 ou 8 ans, sur le dos de la langue, des plaques blanchâtres, douloureuses au contact des aliments et surtout de la chaleur : puis des fissures; des rhagades apparurent sur l'organe; le tout fut attribué à l'usage de la pipe.

Pendant 6 à 7 ans, l'état resta stationnaire, mais depuis 8 mois, l'affection s'est aggravée; la muqueuse est devenue le siège d'ulcérations superficielles, en même temps l'organe se rétractait et se fixait peu à peu sur le plancher buccal. La langue est aujourd'hui atrophiée, ratatinée, immobile, ulcérée, de dureté ligneuse. Au niveau de la langue, les douleurs sont peu vives, pas d'hémorragies, en raison de l'immobilité de la langue, la déglutition et la parole sont devenues très difficiles. Les ganglions sous-maxillaires sont envahis. L'amaigrissement est considérable : pas de signe de généralisation. L'étendue des lésions contre-indique toute intervention.

D'après ces symptômes, le diagnostic porté a été cancer atrophique de la langue, forme absolument rare. MAUBRAC.

**De la névrotomie dans les gangrènes douloureuses, par QUÉNU** (*Bulletin Acad. de méd., 3 juillet 1894*).

Ce fait concerne un sujet de 75 ans qui, à la suite d'une longue course dans la neige, fut atteint de gangrène des extrémités. Du côté gauche il n'existait que quelques plaques noirâtres superficielles du dos des orteils et du talon; en quelques jours la guérison fut obtenue.

Du côté droit, le pied et le tiers inférieur de la jambe furent envahis par le sphacèle et déterminèrent des douleurs extrêmement violentes. Pour les calmer on pratiqua, dans le creux poplité, la névrotomie avec résection d'un segment des nerfs sciatiques poplités interne et externe et du nerf saphène externe, puis la résection du nerf saphène interne dans le canal de Hunter.

A la suite de cette intervention, les douleurs ont immédiatement disparu; l'état général, très déprimé, s'est restauré; la gangrène s'est limitée et la vitalité des téguments de la cuisse, qui était assez suspecte pour avoir fait éloigner l'idée d'une amputation de cuisse, s'est rétablie. Ultérieurement, toute la partie mortifiée du membre a été supprimée et le malade a guéri.

OZENNE.

**De l'orchite ourlienne et de ses conséquences, par OBERLIN** (*Bulletin de la Soc. de méd. d'Angers, p. 96, 2e semestre 1893*).

Une épidémie d'oreillons survenue au printemps 1890 dans la garnison de Saint-Etienne a donné lieu à 38 cas. On a observé 13 orchites simples et aucune orchite double. Les 13 orchites se sont terminées neuf fois par une atrophie plus ou moins complète.

A Angers, dans les 6 premiers mois de l'année on a compté, parmi les soldats de la garnison, 191 cas d'oreillons généralement bénins. Ils ont donné lieu à 26 orchites, dont 24 seulement ont été suivies pendant plusieurs mois. De ces 24 orchites, 6 ont été guéries complètement, 9 avec atrophie incomplète et 9 avec atrophie complète. Une de ces atrophies complètes était double; l'homme n'a pas changé physiquement et prétend n'être pas impuissant. LEFLAIVE.

**Quatre cas de chirurgie cérébrale, par A. Mc COSH** (*Amer. journ. of the med. sc., mars 1894*).

1° Homme 18 ans, trouvé semi-comateux après une chute dans un fossé de six pieds. Signes de contusion au niveau de la région occipitale, sans fracture, sans hématome. Pupilles égales, pas de paralysie. Vingt-quatre heures après, symptômes d'encéphalite. Au 4e jour amélioration, et au 8e jour il ne conservait que de la perte de la mémoire.

Deux jours plus tard crise d'épilepsie commençant par le pied droit et se généralisant. On diagnostique une compression par épanchement sanguin. Trépanation au niveau de la scissure de Rolando, pas de lésion du crâne. L'ouverture montre un épanchement entre la dure-mère et le crâne. Le caillot enlevé et la cavité nettoyée, on referme. Guérison rapide, plus de phénomènes cérébraux ;

2° Enfant de 6 ans, chute sur la tête. 48 heures après il était dans son lit les membres repliés, en apparence inconscient, mais poussant des cris lorsqu'on le dérangeait. Pupiles égales. Pas de paralysie. Au 4e jour l'état mental paraît s'améliorer jusqu'au 8e jour. A ce moment convulsion limitée au membre supérieur gauche. Celle-ci se renouvelle et se généralise au côté gauche de la face et du corps. On diagnostique compression par caillot sanguin. Trépanation. La dure-mère est normale, mais en élargissant l'orifice en bas et en arrière on trouve une fissure osseuse qui se bifurque sur toute la partie postérieure. Le fragment triangulaire entre les deux fissures est enlevé, au-dessous on trouve un caillot étendu. La dure-mère est déchirée et la substance cérébrale paraît dilacérée. Suture superficielle. Drainage de la partie postérieure de la plaie. Guérison.

3° Homme de 29 ans, épileptique. En octobre 1892, chute violente pendant qu'il pousse un lourd fardeau, on trouve deux plaies du cuir chevelu dans la région occipitale. Ecchymose bulbaire de l'œil gauche, hémorragie de l'oreille du même côté. Flaccidité du bras gauche. L'intelligence s'améliore et toute paralysie disparaît au bout d'un mois. Mais à ce moment apparaissent des crises de convulsions généralisées. Celles-ci ne reparaissent qu'au bout d'un mois suivi d'anesthésie complète du bras gauche et de la jambe avec hyperesthésie du côté droit.

Les attaques se multiplient, on pense à une gomme syphilitique. Trépanation au niveau de la cicatrice du cuir chevelu du côté droit qui est adhérente à l'os ; celui-ci présente une consolidation étoilée, juste au niveau du sinus latéral. La dure-mère est épaissie et rouge. On la résèque ; pas trace de caillot, la pie-mère est normale. Le cerveau tend à faire hernie, indice de compres-

sion. Acupuncture qui ne donne ni pus ni liquide, on enfonce une aiguille dans le ventricule latéral, que l'on remplace par la canule d'un trocart laissée à demeure pour faire le drainage permanent. Suture du lambeau. 48 heures après on enlève la canule et la guérison se fit rapidement. Plus de convulsions, ni paralysie;

4° Fille de 6 ans 1/2, épileptique, grand mère épileptique. Paralysie partielle du bras et de la jambe droite ayant persisté quelques semaines puis disparu. On diagnostique la compression de la zone motrice gauche. Trépanation à ce niveau, dure-mère adhérente au crâne. Au-dessous, membrane rougeâtre, de l'épaisseur d'une feuille de papier comme la surface cérébrale, que l'on enlève. Œdème marqué de la pie-mère. Issue de liquide, le cerveau semble déprimé comme si les circonvolutions étaient atrophiées. Suture de la dure-mère. Pendant 3 semaines aucun changement ne se produisit, les convulsions continuaient.

Actuellement, 5 mois après l'opération, il y a une grande amélioration. Les muscles ont repris de leur volume, la paralysie a disparu. La membrane enlevée était un caillot sanguin organisé et la cause probable de l'hémorragie une pachyméningite.

Deux ans après cette observation l'amélioration était devenue une guérison absolue, sauf un léger degré de parésie. F. VERCHÈRE.

**Tumeur cérébrale; trépanation, par RÉMOND et BAUBY** (*Archives prov. de chir., p. 634, octobre 1894*).

Jeune homme aveugle souffrait depuis 20 mois de névralgies actives du côté gauche de la face, survenant par crises tous les 15 jours. En 1892, crise convulsive, précédée d'une aura sensitive, partant de l'extrémité des doigts de la main droite. A l'examen du malade en 1893, parésie et contraction des membres droits. Réflexes exagérés. Trépidation épileptoïde. A gauche pas d'altération motrice, sauf exagération des réflexes au membre inférieur. A la face pas de trouble moteur. Pas de troubles auditifs. Parole nette. On pense à une tumeur cérébrale siégeant au niveau des deux premières circonvolutions frontales et de la partie émergente de la frontale ascendante.

Trépanation au niveau de sillon rolandique, pas de lésion de la frontale ascendante, hernie cérébrale, mort du malade 6 semaines plus tard.

L'autopsie montra une tumeur du volume du poing ayant repoussé en tous sens les circonvolutions qui limitent la scissure de Sylvius à sa partie antérieure. La trépanation avait porté trop haut. Les cellules corticales n'étaient pas détruites; mais les fibres émanées d'elles avaient subi une compression telle que plusieurs avaient dû disparaître. F. VERCHÈRE.

**Névralgie droite de la face datant de seize ans; résection des trois divisions du ganglion de Gasser; mort, par ESKRIDGE et J. BAKER** (*Amer. Journ. of the sc., p. 291, mars 1894*).

Homme, 52 ans, coupure du poignet, avec un vase de terre, amenant un vaste phlegmon du membre supérieur. En même temps, névralgie droite de la face, violente, paroxystique, ne dépassant pas la région sus-orbitaire. Aucun traitement ne donne de résultat. Dans une première intervention, on fait la résection des trois troncs terminaux de la 5$^{me}$ paire, au niveau des trous sus et sous-orbitaires et mentonnier; dès le réveil, le malade se plaint de souffrir plus qu'avant l'intervention.

Un an plus tard, J. Baker l'opère à nouveau. Incision courbe au niveau de l'arcade zygomatique droite, partant de l'œil pour se diriger vers l'oreille, passant au-devant d'elle et, de là, suivant le bord postérieur du maxillaire jus-

qu'au niveau de la dépression de la faciale. Le lambeau ainsi circonscrit fut disséqué en avant jusqu'au niveau de la bouche. Le zygoma découvert fut scié, puis renversé en bas avec le muscle masséter. Après avoir enlevé du tissu adipeux, la coronoïde fut découverte et réséquée avec une pince et relevée en haut avec le temporal. On rechercha en vain l'artère maxillaire. On procéda alors à l'ablation du muscle ptérygoïde pour découvrir le trou ovale. En suivant le dentaire, le long du bord du ptérygoïdien externe, on découvrit le trou ovale. Les muscles enlevés, depuis l'aile du sphénoïde, on place une tréphine en avant et en dehors du trou ovale, et on enlève une rondelle d'un demi-centimètre de diamètre ; l'orifice fut augmenté avec la pince coupante. La dure-mère était épaisse et résistante, de consistance osseuse, dureté due à une inflammation chronique. Ces conditions rendaient impossible la recherche du ganglion en arrière. Il fallut suivre la 2me branche de la 5me paire et pénétrer dans la gaine du ganglion de Gasser, entre la 1re et la 2me branche. On put enlever le contenu de la gaine en laissant sa partie supérieure intacte. Mort de choc, trente-huit heures après l'opération. F. VERCHÈRE.

**Du cathétérisme des artères, par SEVEREANU** (*Progrès méd., 11 août 1894*).

L'auteur a employé ce procédé dans des cas d'amputations pratiquées chez des malades atteints de gangrène des membres inférieurs; dans ces cas, les vaisseaux artériels donnent très peu de sang, étant obstrués par des coagulations plus ou moins adhésives. Severeanu introduit de fines sondes en gomme, aseptisées, dans la lumière des artères et exerce un mouvements de va-et-vient ; il sort quelques caillots, puis le sang coule d'une manière continue, mais non par saccades; grâce à cet artifice, il a évité les gangrènes des lambeaux, si fréquentes dans ces cas. H. L.

**Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum, par E. DOYEN** (*In-8° Paris, 1895*).

Ce livre forme un traité complet et original de la chirurgie moderne de l'estomac et dn duodénum.

Les premières pages sont consacrées à l'anatomie et à la physiologie de l'estomac, du pylore et du duodénum, qui intéresse plus particulièrement le chirurgien.

Après une étude attentive des troubles fonctionnels et des symptômes diagnostiques des affections de l'estomac, l'auteur conclut que toute affection chronique de l'estomac, rebelle au traitement médical et entraînant un dépérissement grave de l'économie, est du domaine de la chirurgie.

Il en est ainsi pour l'ulcère de l'estomac, les dyspepsies, dans leurs formes rebelles et invétérées, les rétrécissements spasmodiques du pylore avec ectasie rebelle, les fissures du pylore, les rétrécissements, les ulcères et les rétrécissements du duodénum.

Rejetant complètement la pyloroplastie, l'auteur préconise la gastro-entérostomie antérieure transméso-colique pour les cas où il n'est pas question de cancer opérable.

Dans les cas de cancer opérable, c'est à la pylorectomie totale avec gastro-entérostomie antérieure qu'il a recours. Enfin, dans un cas de rétrécissement en sablier de l'estomac, il eut recours à une opération qu'il a appelée la gastroplastie, et qui est unique. La malade guérit.

Pour la gastro-entérostomie, l'auteur indique un procédé opératoire qui lui est personnel, ayant comme objectif de laisser l'intestin se conti-

nuer directement avec l'orifice stomacal, sans angle aigu, de recevoir le contenu stomacal dans le sens même de sa circulation, de s'opposer au reflux des matières intestinales dans l'estomac, enfin d'interdire le passage de la bile par l'ancien pylore. Le procédé a été employé nombre de fois par Doyen, qui donne sa statistique et celles d'autres chirurgiens :

Billroth a pratiqué 64 opérations; Czerny, 45 ; Kocher, 40 ; Doyen, 37 avec 13 morts; Novaro, 30 ; Carle, 26 ; Lauenstein, 24 ; Roux, 22 ; Jaboulay, de Lyon, 6 cas, avec 3 morts ; Péan, 5 cas, 2 morts ; Terrier, 2 cas, 1 mort. F. VERCHÈRE.

**Zur Chirurgie des Magens (Contribution à la chirurgie de l'estomac), par LANDERER** (*Münch. med. Woch., n° 39, p. 527, 1894*).

D'après trois cas où l'intervention chirurgicale eut à enlever des adhérences de l'estomac et fit cesser les symptômes pathologiques, l'auteur montre que certaines douleurs violentes de l'estomac tiennent à des adhérences mécaniques de l'organe. Dans un cas, l'épiploon relevé était adhérent à la face antérieure de l'estomac, dans un autre, ce dernier organe adhérait au foie, dans le troisième, l'estomac adhérait à l'orifice d'un canal herniaire ombilical et y était étranglé. Dans ces cas, les mouvements de l'estomac exagèrent les douleurs. C. LUZET.

**Contribution à l'étude de la chirurgie du foie; traitement des abcès intra-hépatiques, par PANTALONI** (*Arch. prov. de chir., p. 578, septembre 1894*).

Dans le traitement de tous les abcès du foie, il faut agir vite et s'assurer, par des incisions étendues et, s'il est utile, par des résections suffisamment larges de la cavité thoracique, une voie assez large pour pouvoir travailler à son aise. Par ce procédé seulement, on obtiendra des résultats certains. D'autre part, comme on ne sait jamais si le pus de ces abcès est microbien ou s'il ne l'est pas, il vaut mieux, au lieu d'aller à l'aveugle, n'ouvrir l'abcès non adhérent qu'après l'avoir isolé des séreuses voisines. Cureter avec les doigts ; un seul lavage suffira. Enfin, il faut bien savoir que le procédé opératoire doit varier avec le siège de chaque collection purulente.

L'auteur rapporte quatre faits à l'appui de ces conclusions.

F. VERCHÈRE.

**De la cholédochotomie, par LEPETIT** (*Thèse de Paris, 1894*).

Dans cette thèse sont réunies 20 observations détaillées, donnant 4 morts et 16 guérisons.

Une de ces observations est inédite : elle a trait à une femme de 41 ans, opérée par Quénu, qui retira du canal cholédoque un calcul gros comme une olive : la femme succomba le quatrième jour.

Le nombre total des faits relevés par Lepetit est de 35, avec 6 morts et 29 guérisons, ce qui donne seulement 17 0/0 de morts et 83 0/0 de guérison. MAUBRAC.

**Die Indicationen zur chirurgischen Behandlung der Choletithiasis, par GERSUNY** (*Wiener med. Presse, 18 novembre 1894*).

Le traitement chirurgical de la lithiase biliaire s'impose : lorsque le danger est imminent, rupture de la vésicule, occlusion intestinale, sepsie au début ; lorsque les crises de coliques hépatiques récidivent fréquemment et que l'ictère est persistant, car l'irritation permanente peut conduire à l'épithéliome, et l'ictère chronique à la cachexie ; lorsque, de par les douleurs constantes, le travail devient impossible. CART.

**An impacted gall-stone removed by opening the common duct, par ELLIOT** (*Boston med. and surg. Journ., 26 juillet 1894*).

En février 1893, une femme entre à l'hôpital où on lui pratique la cholécystotomie ; on lui enlève ainsi une grande quantité de calculs. Pas de suites opératoires. Malgré cette intervention, la malade continue à avoir de l'ictère, les selles sont décolorées, l'état général est fort mauvais. En mai de la même année, on rouvre l'abdomen et la palpation permet alors de reconnaître qu'un calcul, gros comme un œuf de pigeon, est enclavé dans le cholédoque. Le canal est alors ouvert, le calcul enlevé, puis suturé à la soie. Guérison complète au bout de quelques mois. CART.

**Contribution à la chirurgie des voies biliaires, par THIRIAR** (*Gaz. hebd. de méd. et chir., 12 août 1894*).

La cholédochotomie est nettement indiquée dans les cas d'enclavement calculeux du canal cholédoque, produisant l'ictère chronique et les accidents de la cholémie. Lorsqu'il existe, en même temps que cette obstruction calculeuse, des calculs dans la vésicule qui nécessitent l'ouverture ou l'ablation de celle-ci, c'est à la cholédocholithothripsie qu'il faut autant que possible recourir ; celle-ci sera suivie du cathétérisme des voies biliaires.

La grossesse n'est pas une contre-indication à l'intervention chirurgicale dans le cas de lithiase biliaire nécessitant une opération.

LEFLAIVE.

**Beitrag zur Chirurgie des Pankreas, par W. KÖRTE** (*Berlin. klin. Woch., n° 28, p. 658, 9 juillet 1894*).

Körte a opéré 4 fois des suppurations du pancréas ; 2 des malades ont guéri. A part le 1er cas, le diagnostic a toujours été posé avant l'intervention chirurgicale. K. a en outre trouvé un cas de pancréatite non suppurée. L'âge des malades (3 femmes, 2 hommes) variait de 22 à 48 ans. Une fois il y avait mortification de la plus grande partie du pancréas ; 2 fois mortification partielle, 1 fois suppuration simple. 2 des malades étaient obèses. La mortification disséminée du tissu cellulaire ne coexistait que chez un homme maigre.

Deux des opérés de Körte ont éliminé des lambeaux de pancréas et du suc pancréatique. Les 2 qui sont morts ont succombé, l'un à un abcès avec hémorragie dans la rate, l'autre à des fusées dans le mésocôlon et le mésentère. Aucun des 5 malades n'a offert de glycosurie.

Körte n'a pas connaissance qu'on ait, avant lui, opéré pour des suppurations du pancréas diagnostiquées. Caspersohn a laissé son opération inachevée et Pearse Gould a guéri un malade qu'il avait opéré croyant à un kyste rompu du pancréas. J. B.

**Five cases illustrating the diseases and the surgery of the appendix vermiformis, par W. PAGE** (*The Lancet, 4 et 11 août 1894*).

Voici l'indication sommaire de ces 5 observations :

1° Traumatisme abdominal suivi de péritonite générale : laparotomie au bout d'une semaine ; ulcère perforant de l'appendice vermiforme : mort.

2° Attaques répétées de coliques appendiculaires ; ouverture d'un large abcès : guérison rapide ;

3° Abcès retrocœcal volumineux consécutif à une attaque unique d'appendicite ; drainage par la région lombaire : guérison ;

4° Coliques appendiculaires répétées ; ablation de l'appendice pendant une période de repos : guérison rapide ;

5° Perforation de l'appendice, et consécutivement obstruction intestinale ; laparotomie : mort. MAUBRAC.

**Note sur 3 cas de gastro-entérostomie, par J.-R. COMTE** (*Rev. méd. Suisse romande, XIV, n° 3, p. 165, mars 1894*).

1° Homme de 59 ans. Le cancer diffus dans l'estomac était bien limité du côté du duodénum. Les adhérences de la tumeur, la présence de ganglions carcinomateux jusqu'au hîle du foie, enfin la faiblesse extrême du malade, contre-indiquent l'extirpation. Comte abouche à la paroi antérieure de l'estomac la première anse jejunale. L'estomac et le jejunum, après fixation préalable par une ligne de sutures séreuse contre séreuse, furent incisés suivant leur axe longitudinal sur une longueur de 5 centimètres et les bords réunis par une double rangée de sutures continues au catgut. Pendant 6 mois l'appétit resta excellent et jusqu'à la mort, survenue huit mois et demie après l'opération, les vomissements ne reparurent plus.

2° Femme de 43 ans ; depuis quatre mois, tous les aliments étaient vomis ; tumeur du volume d'un petit poing au-dessus de l'ombilic. Opération. Le néoplasme, adhérent dans la profondeur, s'étendait sans limites précises dans les parois du duodénum et de l'estomac. Il fallut opérer des tractions énergiques pour amener l'estomac dans la plaie. Bien que la gastro-jejunostomie, pratiquée par le même procédé que ci-dessus n'eût pas duré plus longtemps (1 heure), 5 heures plus tard le malade succombait dans un collapsus inopiné.

3° Femme de 65 ans, malade depuis 6 mois ; faiblesse et amaigrissement extrême. Deux tumeurs, l'une sous le rebord costal droit, dans la région de la vésicule biliaire, l'autre à gauche et au-dessus de l'ombilic. Opération. La tumeur gauche occupait le pylore et s'étendait en bas dans l'épiploon et le mésocôlon jusqu'au côlon transverse envahi lui-même ; l'estomac n'était pas dilaté. Gastro-entérostomie par le même procédé que dans les 2 premiers cas, sauf que l'estomac et l'intestin furent ouverts par le thermocautère. Le surlendemain, vomissements biliaires et douleurs dans le côté gauche du ventre ; deux jours plus tard, vomissements fécaloïdes et mort le lendemain par occlusion intestinale. A l'autopsie, la ligne de suture seule est recouverte d'un exsudat fibreux ; elle est d'ailleurs étanche ; pas traces de péritonite. La tumeur du foie était cancéreuse. Enfin, un cancer de l'ovaire gauche avec adhérences intimes à l'S iliaque avait produit les accidents d'étranglement interne. J. B.

**Laparatomie dans la perforation des intestins due à la fièvre typhoïde, par ALEXANDROFF** (*Journ. de clin. et de thérap. infantiles, 30 août 1894*).

Un garçon de 9 ans, au cours d'une fièvre typhoïde grave, présente brusquement tous les signes d'une péritonite aiguë. Vomissements répétés, pouls petit, ventre ballonné, matité sous-ombilicale. La laparotomie pratiquée sur la ligne médiane amena la sortie d'une quantité notable de pus infect; on trouva une large perforation de l'appendice cœcal; il fut réséqué et la plaie suturée. Le malade mourut moins d'une heure après la fin de l'opération. H. L.

**On resection of the intestine and immediate suture in the treatment of gangrenous hernia, par KENDAL FRANKS** (*Med. chir. Transact., LXXVI, p. 197*).

Franks admet que la résection de l'intestin et la suture immédiate doivent être la règle, et la formation d'un anus artificiel l'exception. L'établissement d'un anus artificiel nécessite une seconde opération qui n'est pas sans risques, quelle que soit la méthode. Il est illogique de comparer la mortalité d'une résection primitive avec suture, avec celle qui accompagne la résection secondaire, pour en tirer des conditions favorables à cette dernière.

Pour comparer le danger respectif des deux méthodes, il faut comparer la mortalité qui accompagne la résection primitive de la suture, avec la mortalité superposée : 1° de l'anus artificiel ; 2° des opérations secondaires destinées à le guérir.

La mortalité en cas de hernie gangrénée, traitée par la formation d'un anus artificiel, est de 80,7 0/0.

La mortalité de l'anus artificiel traité par la méthode de Dupuytren donne un chiffre de 73 0/0.

Au contraire, la mortalité qui résulte de la résection et de la suture immédiate n'arrive qu'à 47 0/0, d'après une statistique empruntée à différents auteurs et qui porte sur 222 opérations. C'est donc cette opération qu'il faut choisir de préférence, laissant l'anus artificiel pour les cas exceptionnels.

En réséquant l'intestin gangréné, il est indispensable de n'agir que sur du tissu sain : il vaut mieux sacrifier une anse plus considérable que de s'exposer à une gangrène secondaire de la portion réséquée.

Le mémoire de Kendal Franks se complète par les tableaux détaillés des 222 cas de résection auxquels il fait allusion. H. R.

**Sur un cas de kyste sanguin du mésentère traité par la marsupialisation et suivi de guérison, par BINAUD** (*Gaz. méd. Paris, 19 mai 1894*).

Homme de 24 ans, ayant été atteint antérieurement de dysenterie et d'ascite pour laquelle on fit une ponction. Deux mois plus tard nouvelle ponction, qui donne issue à du liquide hématique très coloré; quelque temps après troisième ponction (4 litres de liquide rutilant). Entrée du malade à l'hôpital : on constate, au niveau de la région ombilicale, l'existence d'une tumeur mate mobile et bien limitée, dont la laparotomie dénote la nature kystique.

Ce kyste, développé dans le mésentère, renfermait un liquide rouge brun (nombreuses hématies). Après son évacuation, la poche, très adhérente au péritoine pariétal, dut être marsupialisée. Pas de complications post-opératoires et guérison. OZENNE.

**Des récidives du carcinome mammaire, par DURAND** (*Gaz. heb. de méd. Paris, 14 et 21 avril 1894*).

L'ablation du sein dans le cas de cancer, même accompagné de large curage ganglionnaire ne donne pas de mortalité; l'opération doit donc être la règle. Les statistiques étudiant la moyenne de la vie des opérées et des non-opérées donnent des résultats variables, mais toujours favorables à l'intervention. Comme il existe des guérisons durables, dont le nombre semble croître avec les progrès du manuel opératoire, on doit tenter de faire profiter les malades de cette chance de salut, bien que les récidives soient souvent plus malignes cliniquement que les tumeurs primitives.

LEFLAIVE.

**Contribution à l'étude des tumeurs malignes du sein; pseudo-maladie de Paget, par BAYET et DEPAGE** (*Ann. Soc. belge chir., 15 mars 1894*).

Le sujet de cette observation est une femme de 62 ans qui présentait tous les caractères cliniques de la maladie de Paget. Mais l'examen microscopique de la tumeur mammaire a montré que la lésion initiale ne siégeait pas dans l'épiderme qui était atrophié et que le processus initial, de nature cancéreuse, intéressait la glande mammaire et les glandes sudoripares. En un mot il n'y avait ni prolifération épidermique, ni bourgeons épithéliaux, ni coccidies comme dans les examens pratiqués par Wickham. OZENNE.

**Contribution à l'étude des kystes essentiels de la mamelle, par BAGOURD** (*Thèse de Paris, 1894*).

Il existe dans la mamelle différentes formations kystiques : l'épithélioma kystique du sein, la maladie kystique décrite par Cooper et Reclus.

A côté de ces variétés, Tillaux admet et décrit la formation kystique essentielle, sans lésion antérieure de la glande, laquelle est refoulée par la poche, mais nullement envahie par ses prolongements. Cette petite tumeur a les caractères cliniques les plus simples, et ne comporte aucun pronostic fâcheux. Le traitement sera l'amputation partielle, mais il sera dirigé de façon telle que la poche soit non seulement vidée, mais énucléée en totalité, la récidive étant facile quand les débris de la poche sont abandonnés au fond de la plaie. ARROU.

**Pathogénie des abcès froids du thorax, par SOULIGOUX** (*Thèse de Paris, 1894*).

L'abcès froid thoracique relève de plusieurs causes. On a pu voir dans la région mammaire, mais rarement, des gommes tuberculeuses plus tard ramollies et fistulisées.

L'abcès froid, d'origine osseuse, s'observe ici comme ailleurs, et c'est lui qu'ont visé la plupart des auteurs. Mais la périotite externe, telle que la décrivaient Charvot, Gaujot et Duplay, doit être abandonnée au bénéfice de l'ostéite vraie. Une troisième variété n'est autre chose qu'une adénite, ou qu'une lymphangite suppurée, dans le domaine des glanglions lymphatiques mammaires internes ou intercostaux. Le mode d'infection de ces ganglions est facile à comprendre. Leurs troncs communiquent avec ceux de la plèvre, que la tuberculose peut avoir envahie.

D'autre part, quand des adhérences pathologiques s'établissent entre la plèvre et le poumon, les vaisseaux blancs pulmonaires s'insinuent le

long de ces adhérences, et l'injection au mercure a pu montrer à l'auteur la réalité de leur existence. En somme, qu'il s'agisse d'une séreuse malade ou d'un poumon atteint en même temps que la plèvre, l'infection pourra gagner les territoires lympathiques costaux, mammaires internes en particutier, et y provoquer l'éclosion d'un abcès froid. Quant à l'apparition de celui-ci en des points déterminés, elle s'explique par la présence d'orifices que traversent, précisément en ces points, les branches vasculaires ou nerveuses émanées de l'espace intercostal. ARROU.

**On amputation for diabetic gangrene, par RICKMANN J. GODLEE** (*Medico-chir. Trans. LXXVI, p. 37*).

Godlee reprend la question de la gangrène chez les diabétiques et des indications opératoires qu'elle fournit. Il montre que le pronostic est loin d'être aussi sévère qu'autrefois, grâce à l'antisepsie, et publie trois cas heureux d'amputation pour gangrène chez des diabétiques. Le pronostic dépend moins de la présence du sucre dane les tissus que de la cause pathologique de la gangrène. La plus grande partie des cas de sphacèle dépendent de dégénération artérielle ou de névrite périphérique. La première catégorie est la plus grave, car l'ostéite remonte presque toujours jusqu'à la fémorale, au-dessus du genou, tandis que les névrites périphériques donnent lieu à des nécroses circonscrites. D'où cette conquence que s'il y a ostéite il faut amputer assez haut dans la cuisse; tandis que pour une névrite, il n'est pas nécessaire d'amputer beaucoup au-dessus de la lésion. H. R.

**Ueber die Kropfbehandlung mit Schilddrösenfütterung (Traitement du goitre par la médication thyroïdienne), par P. BRUNS** (*Deutsche med. Wochens., n° 41, 1894*).

L'auteur a essayé d'appliquer la médication thyroïdienne à la guérison du goitre parenchymateux. Les doses étaient de 5 à 10 grammes de glande thyroïde de veau ou de mouton administrées par la bouche, tous les 2 à 3 jours d'abord, puis tous les 8 jours. Sur 12 cas ainsi traités, 9 sont actuellement guéris ou améliorés : en ce sens que le goitre a disparu ou a diminué notablement; 3 cas se sont montrés réfractaires. Une seule fois le traitement a été suivi d'accidents : céphalée, perte d'appétit, tachycardie, qui ont d'ailleurs cessé rapidement sous l'influence de l'interruption du médicament. H. DE BRINON.

**Leçons cliniques de chirurgie orthopédique, par PHOCAS** (*In-8° Paris, 1895*).

Dans ce livre écrit sous l'inspiration d'études cliniques faites pendant cinq ans dans un service de maladies chirurgicales des enfants, l'auteur passe en revue presque toutes les grandes questions de chirurgie orthopédique.

Le torticolis est divisé en torticolis chronique, torticolis musculaire aigu et torticolis d'origine rachitique. Les plus grands développements sont donnés à l'étude du premier qui est sans contredit la variété la plus intéressante. Le traitement de choix est dans ces cas l'incision des deux faisceaux du streno-mastoïdien à ciel ouvert. L'auteur recommande à la suite un traitement orthopédique minime, de peu de durée et surtout

facile à supporter par l'enfant. L'incision de la peau sera courte et par la suite à peine visible.

La scoliose est étudiée au point de vue de sa pathogénie, de ses symptômes et surtout de son traitement. A cet égard l'auteur est éclectique, c'est-à-dire qu'après avoir signalé la difficulté avec laquelle les malades acceptent les lits orthopédiques, il recommande un traitement comprenant dans ses éléments la gymnastique, le massage et l'électricité, auxquels, dans nombre de cas, on devra adjoindre les corsets appliqués pendant la suspension directe, comme Sayre, ou latérale, comme Petersen, Lorenz, etc., enfin l'auteur décrit la méthode de traitement de Kirmisson. — Il faut signaler en passant une étude attentive des luxations congénitales de la hanche, puis du genu valgum.

Le livre se termine par le pied-bot pour lequel l'auteur préconise la tarsectomie limitée. Ce chapitre est un des plus considérables du volume et en rapport avec l'importance de la déformation qu'il étudie, si fréquente et si souvent présentée à l'orthopédiste. F. VERCHÈRE.

**Traitement des tuberculoses chirurgicales par l'eau bouillante, par BAUBY** (*Arch. prov. de chir., p. 541, septembre 1894*).

Après avoir expérimenté l'action de l'eau bouillante sur le bacille tuberculeux, l'auteur indique comment il faut procéder en présence d'une plaie tuberculeuse. L'anesthésie est de rigueur. Les foyers tuberculeux débarrassés du pus, des matières caséeuses, des fongosités, et aussi largement exposés que possible, doivent être en outre, épongés avec soin. L'ébouillantement peut être fait de deux façons différentes suivant que l'on apporte dans la cavité pathologique de l'eau déjà chauffée ou bien que l'on y met de l'eau froide pour la faire chauffer ensuite.

Dans les cavités pathologiques dont les bords sont tenus écartés et relevés avec des pinces à érignes, on verse directement l'eau qui bout dans un récipient spécial, en préservant les incisions de la plaie avec des linges préalablement trempés dans de l'eau froide. C'est une véritable douche d'eau bouillante.

Le second mode d'opérer consiste à chauffer dans la plaie elle-même de l'eau froide ou à peine tiède. On élève sa température jusqu'à l'ébullition en y plongeant la lame du thermo-cautère portée au rouge vif et constamment avivée par la soufflerie.

Des 21 observations que rapporte l'auteur on peut conclure que l'ébouillantement paraît supérieur à toutes les méthodes connues de stérilisation des foyers tuberculeux par son action énergique et sa diffusibilité. Il pénètre à travers les éléments qui renferment les colonies bacillaires et modifie profondément les conditions de vitalité des tissus. Dans les abcès limités, quel que soit leur siège, sous-cutané, osseux, glandulaire, son efficacité curative est un fait acquis. F. VERCHÈRE.

**Ueber Knochennaht mit Versenkten Metallnähten, par A. CASELLI** (*Berlin. klin. Woch., n° 14, p. 331, 2 avril 1894*).

Caselli a renoncé dès 1881 aux sutures osseuses temporaires par fils de plomb et ne fait plus que des sutures perdues au fil d'argent. Quand il s'agit de la rotule ou de l'olécrâne, il pratique, suivant l'axe longitu-

dinal du membre, une incision en S, puis, le foyer nettoyé et les fragments régularisés, il fore sur chaque fragment deux trous à des niveaux correspondants et passe un fil unique formant une anse dont le plein se trouve sur le fragment supérieur. Une fois les extrémités du fil enroulées et coupées, il incise à leur niveau le périoste, sur une longueur de deux centimètres, le détache de l'os dans lequel il creuse au ciseau une fossette pour y loger le nœud métallique et il suture le périoste par-dessus. S'il s'agit de fractures invétérées, il avive au préalable les fragments avec la scie circulaire.

Caselli a traité de cette façon 17 cas de fractures de la rotule et 5 de l'olécrane, 20 des opérés ont parfaitement guéri avec rétablissement entier des fonctions du membre. Des deux derniers, l'un a eu de l'ankylose, conséquence d'un traumatisme articulaire préexistant ; l'autre a eu de la suppuration par infection de la plaie et on a dû retirer le fil ; dans ces 2 cas, il s'agissait de fractures de la rotule.

Caselli a traité de la même manière 7 fractures non consolidées du fémur, 5 de l'humérus, 2 de la clavicule, 2 du maxillaire inférieur, 2 du radius, 2 du tibia et 1 du cubitus.

Il a fait les mêmes sutures métalliques perdues dans plusieurs centaines de résections du genou, du pied, du coude ou du poignet et dans 16 amputations de Gritti et Pirogoff. Sur le chiffre total de ses opérations, il n'a été obligé d'enlever le fil, par suppuration, que 2 ou 3 fois sur 100. J. B.

**Traitement rationnel de la luxation fémorale congénitale iliaque commune ou postérieure, par PACI** (*Revue d'orthop.*, *1er septembre et 1er novembre 1894*).

Après avoir minutieusement repris l'étude anatomo-pathologique de la luxation congénitale du fémur, P. tient pour établi que les difficultés de la correction de cette luxation consistent principalement dans la résistance opposée par les muscles raccourcis et altérés de la fesse et de la cuisse et secondairement dans le frottement de la capsule entre la tête fémorale et l'os iliaque, tous les deux plus ou moins déformés ainsi que dans les altérations capsulo-ligamenteuses. Il a fondé sur ces bases anatomiques un traitement rationnel qui, dans la majeure partie des cas, donne d'excellents résultats. Suit la description détaillée des quatre temps de cette intervention du reste non sanglante.

La seconde partie du travail de P. est la confirmation anatomo-pathologique de l'efficacité de sa méthode : une petite fille de 7 ans opérée en mai 1892 pour une luxation fémorale congénitale postéro-supérieure bilatérale de la hanche avec résultat immédiat très bon, succombe au bout de trois mois à une maladie d'ordre médical, la dysenterie. A l'autopsie, on détacha du cadavre la partie comprenant le bassin et la moitié des deux fémurs. L'étude anatomique de la pièce fut faite avec grand soin ; P. en donne ici la relation en huit chapitres où il examine : la structure et la forme des deux os du bassin ; les restes des deux cavités cotyloïdes anormales abandonnées ; les deux cavités cotyloïdes de néoformation ; les caractères des deux têtes fémorales ; les dispositions et structure des deux capsules ligamenteuses ; la néarthrose considérée dans son ensemble et la comparaison entre celle du côté droit et celle du

côté gauche; les variations du bassin étudié dans son ensemble par rapport au bassin normal et enfin l'étude de la néarthrose. CART.

**Résection du poignet par la double incision longitudinale dorso-palmaire, par VILLAR** (*Journ. méd. Bordeaux, 4 février 1894*).

Ce procédé opératoire, imaginé par Studsgaard, s'exécute ainsi :

On trace une incision dorsale étendue d'un point situé à un centimètre au-dessus de l'interligne radio-carpien jusqu'à la commissure qui sépare le troisième du quatrième doigt; les tendons extenseurs sont écartés, les interosseux sectionnés. Sur la face palmaire incision analogue en évitant les tendons et le nerf médian et en liant les arcades. Cela fait on écarte les deux parties de la main et on extirpe les os du carpe malade.

OZENNE.

**Die Behandlung des Hallux valgus mittelst Sehnenplastik, par EMERICH ULLMANN** (*Wiener med. Woch., 1er décembre 1894*).

Suivant U. le traitement de choix de l'orteil en valgus est le suivant : extirpation de l'os sésamoïde et transplantation du tendon du muscle long fléchisseur du gros orteil sur le tendon du muscle extenseur du gros orteil. CART.

**Le lipome arborescent des gaines tendineuses, par E. KUMMER** (*Revue méd. Suisse romande, XIV, n° 5, p. 287, mai 1894*).

Ce travail est basé sur 6 observations dont une personnelle et 5 empruntées à Haumann (Thèse 1887, Bonn), Sprengel, Haeckel, Kurz (*R. S. M.*, XXXII, 617) et Sendler (*R. S. M.*, XXXIX, 270). Les auteurs français n'ont jamais considéré cette formation comme appartenant au lipome, mais l'ont classée dans les synovites fongueuses. Kummer la regarde comme une synovite proliférante distincte de la synovite fongueuse. 5 fois l'affection était localisée aux mains, 1 fois au pied. La gaine de l'extenseur commun des doigts était atteinte 3 fois ; celles du long extenseur du pouce, de l'extenseur propre de l'index, de l'extenseur propre du petit doigt, du long fléchisseur commun superficiel, du long fléchisseur commun profond, du long radial externe et du court péronier, 1 fois. 4 fois sur 6 l'affection était bilatérale, symétrique sur les mêmes gaines tendineuses à gauche et à droite ; 1 fois seulement l'affection s'est développée sur une région atteinte de rhumatisme articulaire ; dans les 5 autres cas, le début a été insensible et n'est imputable à aucune cause extérieure. 1 fois le malade est mort ultérieurement de tuberculose.

Comme pour les fongosités des gaines synovales, c'est l'excision qui est le traitement indiqué, suivi d'un traitement orthopédique. J. B.

**Allongement du tendon d'Achille par dédoublement et suture immédiate des deux bouts, dans un cas de pied-bot équin paralytique, par L. PRIOLEAU** (*Arch. prov. de chir., p. 652, octobre 1894*).

La ténotomie à ciel ouvert a conduit l'auteur à appliquer la méthode qu'il a mise en œuvre dans l'observation qu'il rapporte, consistant à mettre à nu le tendon d'Achille, puis à le dédoubler, à le sectionner aux deux points extrêmes et opposés de ce dédoublement. Enfin on suture les deux

extrémités des deux bouts, ce qui a permis de redresser un pied bot équin paralytique avec conservation immédiate des fonctions de gastrocnémiens. F. VERCHÈRE.

**Ueber operative Abortivbehandlung ner acuten Osteomyelitis, par KAREWSKI** (*Deutsche med. Woch., n° 40, 1894*).

L'ostéomyélite aiguë se manifeste dès les premiers jours par des signes précis qui permettent d'établir le diagnostic, et cela longtemps avant l'apparition de l'infection générale. On peut donc prévenir cette infection en détruisant le foyer local. La condition essentielle du succès est que l'intervention soit aussi hâtive et aussi radicale que possible. On ne doit même pas attendre l'établissement de la suppuration sous-périostée. Dès que le diagnostic est posé, il faut ouvrir l'os dans toute l'étendue de la diaphyse et enlever avec la curette tranchante la moelle infiltrée de pus. L'expérience de l'auteur lui permet d'affirmer que cette intervention, quelque hardie qu'elle paraisse, ne compromet ni la vie de l'enfant, ni la fonction du membre opéré. Le succès est assuré, lorsqu'elle a lieu du 3e au 7e jour après le début des accidents, c'est-à-dire avant la suppuration périostée. Les 14 opérations faites par K. ont porté 7 fois sur le tibia, 6 fois sur le fémur, 1 fois sur l'humérus. Tous les opérés ont guéri dans l'espace de trois semaines (opérés du 3e au 7e jour) ; à six mois (opérés tardivement). Ils n'ont eu ni nécrose, ni fistule, ni déformation du membre ; il n'y a eu aucun trouble dans la croissance, et les observations remontent déjà à quatre ans. H. DE BRINON.

**Contribution à l'étude des abcès périnèphrétiques, par CHAUVENET** (*Thèse de Paris, 1894*).

Le froid, le surmenage ont été mis en cause autrefois, quand il s'agissait d'expliquer l'apparition d'un phlegmon périrénal. Aujourd'hui, pareille interprétation ne peut suffire. Que le froid prédispose à la suppuration, la chose est possible ; mais celle-ci ne se montrera jamais s'il n'existe pas une infection. Les plaies directes, infectant d'emblée la graisse rétro-rénale, portent avec elle leur interprétation facile. Dans les autres cas, il faut chercher quel organe de voisinage a été primitivement intéressé. Les affections rénales, d'ordre suppuratif, ont leur retentissement tout indiqué dans l'atmosphère de la glande, et Albarran a pris soin de déterminer exactement les formes de cette inflammation périglandulaire : 1° périnéphrite scléreuse ; 2° périnéphrite fibro-lipomateuse, 3° périnéphrite suppurée. L'intestin lui-même doit être incriminé. Les altérations permettent au bacterium coli de filtrer au travers de ses enveloppes et de venir constituer à son voisinage immédiat ces collections suppurées qu'on trouvera soit dans la fosse iliaque droite (cœcum), soit dans une région lombaire, au contact même du rein. Enfin, dans certains cas, il s'agit d'infection générale, et la suppuration s'établit autour du rein comme elle aurait pu s'installer ailleurs. La marche est alors rapide, et au bout de peu de jours la collection tombe à 8 ou 10 centimètres de la ligne médiane, c'est-à-dire dans le triangle de J. L. Petit. ARROU.

**Prostatotomie, prostatectomie et cystotomie sus-pubienne (opération de Poncet), par LAGOUTTE** (*Gazette hebd. méd. Paris, 24 mars 1894*).

La rétention d'urine que l'on observe chez les vieillards dépend le plus souvent de l'obstacle prostatique et non de l'altération des parois vésicales. L'hypertrophie isolée du lobe médian est l'exception et l'obstacle à l'émission des urines résulte de l'augmentation de volume de toute la prostate. Il est très rare que les lobes hypertrophiés soient constitués par des masses facilement énucléables ; leur masse présente à la coupe un aspect homogène ; et si on rencontre fréquemment des nodules qui ont une tendance à faire hernie, du moins ces nodules sont adhérents aux tissus et ne se laissent pas aisément décortiquer.

La prostatotomie avec dilatation de l'urètre prostatique expose à la récidive, car elle ne supprime pas l'obstacle ; de plus la sonde à demeure est mal supportée.

La prostatectomie par la voie périnéale, sans ouverture de l'urètre, est une opération grave chez un individu âgé, affaibli, dont la vessie est infectée et les reins malades. De plus, elle n'ouvre pas de suite une large voie à l'évacuation de l'urine septique.

La prostatectomie sus-pubienne est nécessairement précédée de la cystotomie, mais elle n'est véritablement indiquée que dans les hypertrophies isolées du lobe médian, lésion qu'on ne peut diagnostiquer à l'avance et qui constitue l'exception. Sauf dans ce cas, elle nécessite une plaie cavitaire, profonde, anfractueuse, dangereuse par suite de l'ouverture de voies nouvelles à l'infection.

La simple cystotomie sus-pubienne doit être la méthode générale de traitement des prostatiques, les autres interventions n'étant possibles et applicables rationnellement que dans un nombre de cas très restreint.

LEFLAIVE.

**Deux observations de kystes mucoïdes sous-préputiaux, par J.-J. A. DARDIGNAC** (*Arch. prov. de chir., p. 627, octobre 1894*).

Le premier malade portait une tumeur paraissant siéger dans le limbe du prépuce et occasionnait un léger degré de phimosis. Son volume est celui d'une noisette accolée à la partie inférieure de la verge sur la ligne médiane; le prépuce ramené en avant, elle paraît prolonger la glande dont l'orifice urétral reste libre. L'ablation d'une petite portion circulaire du prépuce en y comprenant la tumeur amène la guérison du phimosis et de la tumeur. Celle-ci semble contenir de la matière sébacée. La paroi du kyste est tapissée par une muqueuse pourvue de papilles, avec épithélium pavimenteux stratifié.

Le second présente un phimosis congénital très serré. Une muqueuse du volume d'une petite pomme paraissant reliée à la verge par une sorte de pédicule semble surajoutée à la verge qu'elle prolonge d'une façon étrange. Elle est nettement incluse entre la peau et la muqueuse du prépuce. La circoncision débarrasse le malade de son prépuce et de sa tumeur. Le kyste contient un noyau blanc, dur, lisse qui est graisseux, calcaire et kératinique. La paroi présente les éléments normaux de l'épiderme, au-dessous un derme tapissé par un épithélium stratifié.

F. VERCHÈRE.

**De la cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-vaginales, par POUSSON** (*8e Congrès franç. de chir., Bulletin méd., 24 octobre 1894*).

Fillette de 6 ans, présentant une fistule vésico-vaginale et une fistule urétro-vaginale. La vessie ayant été ouverte, l'auteur aperçut, dans la cavité vésicale, l'orifice supérieur de la fistule, qu'il a pu obturer au moyen de quelques fils ; la guérison a suivi. Quant à l'autre fistule, urétro-vaginale, malgré une tentative de restauration par le vagin, elle a persisté. OZENNE.

**Ueber die sogenannten Carunkeln der weiblichen Harnröhre, par J. NEUBERGER** (*Berlin. klin. Woch., n° 20, p. 468, 14 mai 1894*).

Étude clinique et histologique de 12 de ces tumeurs de l'orifice externe de l'urètre féminin, connues sous les noms de polypes vasculaires ou de caroncules. A l'œil nu, elles diffèrent tellement de forme, de dimension, de consistance, etc., qu'il faut souvent l'examen microscopique pour reconnaître leur identité. Ce sont généralement des tumeurs variant de la grosseur d'un pois à celle de un haricot, rouge vif, sessiles ou pédiculées, saignant facilement aux contacts ; moins communément elles sont plus volumineuses, atteignent jusqu'aux dimensions d'œufs de pigeon inégales, gris-jaunâtre et contrastant alors vivement par leur teinte avec la muqueuse urétrale d'un rouge intense. Elles ont d'ordinaire leur point de départ à la région inférieure de cette muqueuse ; une seule fois, sur un polype à triple pédicule, Neuberger a vu l'un d'eux s'implanter sur la paroi supérieure de l'urètre. Habituellement elles sont solitaires, mais assez souvent de profonds sillons transversaux les séparent en lobules qu'on pourrait prendre pour autant de tumeurs distinctes.

La blennorragie urétrale est une cause qui joue un grand rôle dans leur production, mais, d'autre part, on rencontre aussi ces tumeurs chez des femmes saines, souvent elles se développent sur des ulcérations du méat. Les glandes de Littré ou de Skene donnent également naissance à ces tumeurs. Aucune des malades de Neuberger n'en souffrait ; aussi est-il disposé à mettre plutôt sur le compte de l'hystérie, le vaginisme, le ténesme vésical, l'incontinence d'urine, etc., qu'on a signalés. Les polypes urétraux peuvent s'observer à tous les âges. Ils peuvent être confondus avec les plis hypertrophiés et saillants hors du méat de la paroi inférieure de la muqueuse urétrale, avec les papillomes, les kystes, les hémorroïdes de l'urètre, les fibromes, enfin et surtout avec le prolapsus de la muqueuse.

Histologiquement, les polypes vasculaires sont formés d'un tissu conjonctif lâche, pauvre en cellules fixes et parcouru par de très nombreux vaisseaux souvent considérablement dilatés dont la lumière, siège d'une inflammation interne, est gorgée de leucocytes mono et polynucléaires. Les cellules de l'adventice sont tuméfiées et font des saillies irrégulières à l'intérieur du vaisseau dont les parois sont épaissies. Les vaisseaux sont entourés d'une zone plus ou moins vaste d'infiltration de cellules plasmatiques qu'on retrouve en plus gros amas directement au-dessous de la couche basale de l'épithélium ; ailleurs, bien qu'isolées, elles sont assez abondantes pour reléguer à l'arrière-plan les cellules fusiformes normales du tissu conjonctif. Par ci par là on voit aussi des

amas de cellules rondes. L'épithélium est en général pavimenteux et stratifié; ses couches les plus inférieures sont en massue ou plus rarement cylindriques ou en palissade, tandis que dans les couches moyennes et supérieures, les cellules sont irrégulièrement quadrangulaires, parfois avec des ponts de substance intercellulaire. Quelques polypes sont revêtus d'une couche cornée épaisse sous laquelle, dans un cas, Neuberger a trouvé la couche granuleuse très développée. Dans d'autres tumeurs, la couche la plus superficielle de l'épithélium pavimenteux est recouverte par places de croûtes constituées par des hématies et des leucocytes. En certains endroits, l'épithélium est le siège d'une immigration d'innombrables globules blancs ou de segmentations nucléaires dans des couches profondes. On ne constate que dans un petit nombre de cas un développement exagéré des papilles. Un certain nombre de tumeurs contiennent des glandes qui ont des parois composées de 3 couches ou même davantage et un calibre libre. La couche pariétale interne de ces glandes est composée de cellules cylindriques ou aplaties. Entre les cellules des parois glandulaires immigrent souvent de nombreux leucocytes, tandis qu'au niveau de la couche pariétale la plus externe on voit entre les leucocytes, de nombreuses cellules d'engraissement qu'on retrouve également à l'intérieur des vaisseaux enflammés. Mais ce qui est particulièrement intéressant, c'est que chez une femme, dans la soixantaine, atteinte de blennorragie, Neuberger ayant excisé un polype urétral volumineux, y a trouvé des gonocoques non seulement dans la cavité de quelques glandes, mais aussi dans l'épaisseur de leurs parois. Il en a vu également au milieu d'autres microrganismes, dans les couches les plus superficielles de l'épithélium pavimenteux formant le revêtement extérieur de ces tumeurs (*R. S. M.*, IV, 704; IX, 660; XVIII, 260; XX, 272; XXXIV, 679). B.

**Cura operativa del varicocele, par G. PACI** (*Il Morgagni, février 1894*).

Le varicocèle devrait être opéré plus fréquemment qu'on ne le fait en général, car l'opération est sans aucun doute avantageuse et, lorsqu'on procède avec précautions, exempte de danger. Parmi les diverses méthodes proposées, deux méritent la première place, la ligature des veines avec ou sans excision et la réduction du scrotum; ces deux méthodes peuvent d'ailleurs être employées séparément ou combinées. La diffusion du thrombus ou la formation du thrombus collatéral est de règle, de sorte qu'il suffit de faire porter l'opération sur un petit nombre des veines dilatées. GEORGES THIBIERGE.

**Torsion of spermatic cord, etc., par GIFFORD NASH** (*St Barth. hosp. Rep., XXIX, p. 165*).

Le cordon spermatique peut éprouver parfois une torsion le long de son grand axe qui modifie les conditions de circulation du testicule et de l'épididyme et peut amener la gangrène ou l'atrophie de la glande. L'auteur en rapporte plusieurs cas :

1° Connell Whipple (*Brit. med. j.*, 6 juin 1891). — Epididyme étranglé d'un testicule incomplètement descendu dans les bourses; symptômes d'étranglement herniaire. On trouva l'épididyme tordu deux fois sur lui-même et main-

tenu dans cette situation par une bride épiploïque. Ablation du testicule. Guérison.

2° Bryant (*Transact. of the med. chir. soc.*, 1892). — Mêmes accidents et mêmes lésions chez un garçon de 15 ans, à testicule incomplètement descendu.

3° Keen de Philadelphie. — Ectopie du testicule dans le canal inguinal, associé à une hernie inguinale, torsion du pédicule, hématome de l'épididyme. Guérison. Homme de 23 ans.

Trois autres cas de gangrène du testicule sont relatés en détail. H. R.

---

# OPHTALMOLOGIE.

**Mécanisme de l'accommodation, par TSCHERNING** (*8e Congrès internat. d'opht., Revue gén. d'opht., septembre 1894*).

Les expériences de Tscherning lui ont montré que l'augmentation de réfraction de l'œil pendant l'accommodation diminue vers la périphérie. A une distance de l'axe de 2 millim. 5, l'accommodation n'est que la moitié de l'accommodation centrale. Ce fait tient à ce que la surface antérieure du cristallin prend pendant l'accommodation une forme pointue. On peut obtenir ce changement sur des cristallins d'animaux en exerçant une traction sur la zonule. La structure du muscle semble indiquer qu'il peut exercer une telle traction. ROHMER.

**Altérations des cellules du centre visuel produites par l'exposition de l'œil à la lumière, par MANN** (*8e Congrès internat. d'opht., Revue gén. d'opht., septembre 1894*).

L'auteur démontre, au moyen de projections microscopiques, que dans tous les cas où l'on expose l'œil, pendant une durée de 15 minutes à 5 heures, à la lumière, les noyaux des cellules nerveuses du système sympathique s'élargissent, tandis que cellules et noyaux perdent leur chromatine. Les cellules elles-mêmes augmentent de volume, ainsi que le démontre la diminution des canaux lymphatiques. Les mêmes changements se produisent dans les cellules motrices du cerveau et de la moelle épinière. Dans les cellules des corps géniculés externes, des tubercules quadrijumeaux antérieurs, le processus est identique. Pour démontrer qu'il ne s'agit pas là d'un fait pathologique, il suffit de protéger un œil contre la lumière et d'examiner comparativement au microscope les deux parties du tractus optique. ROHMER.

**Champ d'observation dans l'examen ophtalmoscopique à l'image droite, par GUILLOZ** (*Thèse de Nancy, 1893*).

L'auteur définit le champ d'observation : La grandeur réelle de la portion de rétine donnant lieu à l'image ophtalmoscopique perçue par l'œil de l'observateur, cet œil restant immobile de même que l'œil

observé. La grandeur de cette portion de rétine sera exprimée au moyen de l'angle $\delta$ sous lequel elle est vue à partir du point nodal. Dans les calculs, l'angle $\delta$ sera mesuré par la longueur de l'arc, de rayon égal à l'unité, compris entre ces côtés. Connaissant $\delta$, la grandeur X de la portion de rétine constituant le champ d'observation sera donnée par l'équation : $X = \delta\gamma$. Dans le cas où l'observé est emmétrope le champ d'observation croît proportionnellement à la somme des ouvertures pupillaires apparentes de l'observateur et de l'observé et inversement à la distance qui sépare les yeux. Le champ d'observation est plus faible chez le myope que chez l'emmétrope et décroît avec le degré de myopie. Chez l'hypermétrope, le champ d'observation est plus grand que chez l'emmétrope et croît avec le degré d'hypermétropie. Le champ d'observation ophtalmoscopique est en pratique un peu inférieur à la valeur donnée par les formules, mais reste supérieur à la valeur que lui assigne Helmholtz. Il croît proportionnellement à la somme des ouvertures pupillaires de l'observateur et de l'observé et inversement à la distance qui sépare les images de leurs pupilles. Au point de vue de l'étendue du champ d'observation, on doit donner de grands trous aux ophtalmoscopes servant pour l'image droite, afin que le champ puisse bénéficier de toute la grandeur de l'ouverture pupillaire de l'observateur. ROHMER.

**Correction de la myopie élevée par l'extraction du cristallin transparent, par THIER** (*8e Congrès internat. d'opht., Revue gén. d'opht., septembre 1894*).

38 opérés ; 11 des deux côtés, 16 d'un seul. Presque toujours une amélioration notable de l'acuité visuelle a été constatée. C'est par une large discission du cristallin dans toute son épaisseur et avec le couteau que l'auteur a opéré ses malades. ROHMER.

**Untersuchungen mittelst des Hering'schen Fallversuches, par M. PICKERT** (*Thèse Gottingue 1893, et Berlin. klin. Woch., n° 11, p. 273, 12 mars 1894*).

L'expérience de Hering, qui est généralement regardée comme la meilleure preuve de l'intégrité de la vision, consiste à faire fixer des deux yeux un petit objet et à demander au patient si c'est en avant ou en arrière de cet objet qu'on a laissé tomber une perle. Mais on n'a pas suffisamment considéré que cette épreuve exige de l'intelligence et de l'attention qui peuvent faire défaut sans que la vue soit le moins du monde défectueuse. En effet, en employant l'appareil de Graff, Pickert est arrivé aux résultats suivants :

Chez les emmétropes intelligents, les fausses indications sont de 4 à 18 0/0 ; chez les moins intelligents et peu attentifs, elles s'élèvent à 24 0/0 ; chez quelques emmétropes même (ouvrières, par exemple), l'épreuve ne donne pas de résultats, car les fausses indications dépassent 40 0/0. Les erreurs sont beaucoup plus nombreuses quand on a fait tomber les boules en avant de l'objet. Chez les anti-emmétropes, le chiffre des erreurs est encore plus considérable. J. B.

**Ueber einige seltnere Erkrankungen des Thränen-Apparats, par BAAS** (*Berlin. klin. Woch., n° 12, p. 295, 19 mars 1894*).

1° *Atrésie membraneuse congénitale des voies lacrymales chez les*

*nouveau-nés.* Il s'agit de l'affection décrite à tort sous le nom de dacryocystoblennorrée, car elle diffère complètement de la suppuration du sac lacrymal et du canal lacrymo-nasal des adultes. Elle provient d'une oblitération du canal des larmes, résultant d'un arrêt du développement. De même qu'à l'extrémité supérieure du conduit épithélial embryonnaire, qui représente l'appareil lacrymal, le débouchement dans le cul-de-sac conjonctival peut faire défaut et le point lacrymal ou son canalicule manquer, de même l'extrémité inférieure de ce conduit peut rester solide et fermée, en sorte que le canal lacrymal se termine en cul-de-sac; ou encore, il peut subsister des ponts à l'intérieur de son calibre.

Chez les nouveau-nés offrant cette lésion, on note dans la région du sac lacrymal une tuméfaction grosse comme un haricot, élastique, qui s'accroît progressivement; les téguments qui la recouvrent sont souvent infiltrés et rouge bleuâtre. Par pressions on réussit souvent à faire sortir le contenu muqueux ou mucopurulent de cette tumeur, non seulement dans le cul-de-sac conjonctival, mais auss par le nez et la communication avec celui-ci se trouvant rétablie artificiellement, l'affection est guérie, au moins passagèrement.

De longues controverses se sont élevées au sujet du traitement. D'un côté Weiss (*R. S. M.*, XXXV, 665, et XL, 668) préconise les sondages en vue de perforer et de dilater le canal; de l'autre, Peters (*R. S. M.*, XL, 308, et XLII, 309) préfère une médication expectante avec compression modérée du sac lacrymal, parce que, tôt ou tard, il survient une usure de la membrane qui obstrue le canal. Baas estime que la conduite à tenir est le juste milieu entre les deux opinions adverses. Il essaye d'abord, par compression simple, d'obtenir la rupture de la membrane, en assurant simultanément l'écoulement des sécrétions par des applications émollientes; si la guérison n'est pas obtenue au bout de quelques jours, il fait des sondages après avoir préalablement dilaté ou fendu le canalicule lacrymal inférieur (*R. S. M.*, XL, 652).

2° *Tuberculome de la glande lacrymale.* Baas en a observé 1 cas. Cette affection n'est connue que depuis peu d'années et dans tous les cas observés jusqu'ici, le diagnostic de la nature de la tumeur n'a pu être fait cliniquement, en l'absence de tous autres symptômes de tuberculose. Il a fallu l'examen microscopique. J. B.

**Zur Ätiologie des Chalazion, par LANDWEHR** (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVI, p. 285, 1894*).

Dans un certain nombre de cas on peut à juste titre considérer le chalazion comme un produit tuberculeux; mais il ne faut pas se cacher que la preuve n'en sera pas complète tant qu'il n'y aura pas eu de résultat positif des inoculations, qui seules sont démonstratives. En conséquence, l'auteur pense que, en présence du résultat négatif du grand nombre d'inoculations qu'il rapporte et du fait qu'on ne peut constater de bacilles tuberculeux que dans un petit nombre de cas, le chalazion dans la plupart des cas n'est pas un produit tuberculeux. C. LUZET.

**De la dacryocystite chronique et de son traitement, par CHRESTIEN** (*Thèse de Paris, 1894*).

On doit distinguer deux périodes dans la dacryocystite chronique : 1° période de catarrhe simple ; 2° période de catarrhe compliqué d'ectasie du sac. Dans la première période, l'élément gonflement inflammatoire de la muqueuse domine ; dans la deuxième, c'est l'ectasie qui est le fait capital. Celle-ci est la conséquence de la pression que les larmes et les produits morbides sécrétés et retenus dans le sac exercent sur les parois. Produite par la stagnation, l'ectasie une fois constituée, a pour effet d'augmenter cette stagnation. Le sac doit être considéré comme dilaté, alors même qu'il n'existe pas de tumeur dans la région lacrymale, toutes les fois qu'à la suite de la pression du doigt on fait refluer des mucosités par les points lacrymaux. Hors les cas de lésions osseuses (et c'est l'exception), il est extrêmement rare de trouver des fongosités dans le sac. Le traitement doit s'inspirer des données fournies par l'anatomie pathologique. Dans le cas de catarrhe simple, on traitera l'inflammation de la muqueuse au moyen d'injections modificatrices, antiseptiques ou astringentes. Le gonflement de la muqueuse faisant obstacle au passage des liquides injectés, on fera précéder chaque irrigation du cathétérisme des voies lacrymales. Dans le cas de catarrhe compliqué de dilatation du sac, l'indication est de s'adresser tout d'abord à la complication, c'est-à-dire à l'ectasie, qui est cause de la stagnation des produits morbides. On excisera la paroi antérieure du sac ; de cette façon, on ramènera la dacryocystite compliquée d'ectasie au type dacryocystite simple qu'on traitera comme précédemment. ROHMER.

**Contribution à l'étude des ténonites ; de la capsulotomie et de ses indications, par DAILLET** (*Thèse de Paris, 1894*).

On peut perdre la vue par le fait des ténonites. La ténonite séreuse peut exister sans être accompagnée de chémosis, sans rougeur de la conjonctive et sans réaction inflammatoire apparente. Les symptômes principaux des ténonites sont : la saillie du globe oculaire, la gêne des mouvements de l'œil, les douleurs névralgiques, la douleur à la pression sur le globe d'avant en arrière, la transparence des milieux de l'œil, le chémosis, la dilatation des veines rétiniennes ; les troubles visuels et l'amaurose peuvent manquer. Les ténonites surviennent souvent chez les rhumatisants à la suite d'un refroidissement. Les ténonites doivent être séparées en trois catégories cliniques bien distinctes : les aiguës, les chroniques, les riches. La plupart des ténonites guérissent par un traitement médical antirhumatismal. Le seul moyen de guérir vite et sûrement tous les cas consiste à pratiquer la capsulotomie ténonienne. Ce traitement chirurgical est indispensable au début des ténonites phlegmoneuses et dans les ténonites suppurées. ROHMER.

**Ein Fall von Tuberculose der Conjonctiva des oberen Lides am rechten Auge, par UHTHOFF** (*Berlin. klin. Woch., n° 31, p. 723, 30 juillet 1894*).

Fillette de 15 ans, d'une bonne santé et sans hérédité tuberculeuse. Depuis

2 mois, gonflement de la paupière supérieure droite avec légers phénomènes inflammatoires et tuméfaction des ganglions préauriculaires. A sa partie interne seulement, la conjonction palpébrale présente un ulcère cratériforme, recouvert par un enduit gris jaunâtre mais surtout par un tissu de granulations rougeâtre. Au pourtour de l'ulcération, la conjonctive est rouge sombre, très épaisse, saillante en bourrelet et parsemée de petites granulations d'un gris rougeâtre, visibles à l'œil nu. La portion externe du cul-de-sac palpébral supérieur est également épaisse et parsemée de granulations semblables. Le diagnostic de tuberculose conjonctive a été vérifié par l'examen microscopique de parcelles extraites et par leur inoculation dans la chambre antérieure de 2 lapins. J. B.

**Des tumeurs malignes des paupières considérées principalement au point de vue de leur traitement, par JAVAY** (*Thèse de Paris, 1894*).

La conduite à tenir est variable ; il ne faut pas trop insister sur le traitement médical. L'ablation doit dépasser largement les limites du mal ; on peut recourir à l'autoplastie immédiate, si l'on croit être suffisamment sûr de ce moyen d'action ; si non la prudence conseille d'attendre et de surveiller en laissant agir la nature. Par sa diffusion vers les cavités voisines et les caractères sérieusement trompeurs de cet envahissement, le cancroïde du grand angle mérite une place toute spéciale dans le diagnostic et le mode d'intervention. Il est remarquable, d'autre part, combien le cancroïde est et reste bien longtemps, parfois toujours, un néoplasme purement local, respectant l'œil et l'orbite, si exposés cependant. Ceci légitime largement, à défaut d'autres arguments, la nécessité d'opérations aussi multipliées qu'il le faudra et les espérances qu'on peut concevoir pour une bonne survie de son opéré. ROHMER.

**Sur l'opération du strabisme, par LANDOLT** (*8e Congrès internat. d'opht., Revue gén. d'opht., septembre 1894*).

Landolt considère que l'on a tout avantage à opérer les strabismes par l'avancement plutôt que par le reculement des muscles. Le reculement porte atteinte à la vitalité, à la puissance musculaire ; l'avancement augmente cette puissance. C'est surtout dans l'insuffisance musculaire que l'avancement donne les meilleurs résultats.

Dans le strabisme convergent, Landolt donne la préférence à l'avancement simultané des deux droits externes, opération qu'on fait suivre d'exercices orthoptiques. Il n'y a pas alors d'hypercorrection ; on excise encore la saillie apparente de l'œil causée par l'enfoncement de la caroncule. Dans les insuffisances musculaires, ou les très faibles strabismes, l'avancement unilatéral suffit. Dans les strabismes caractérisés on avancera les deux muscles homonymes. C'est seulement dans les degrés élevés de strabisme qu'il ajoute à l'avancement la ténotomie, et il la fait sous-conjonctivale. ROHMER.

**Cyclophorie, its detection and treatment, par PRICE** (*Journ. of the Amer. med. Ass., 8 septembre 1894*).

Dans ce travail, P. étudie avec soin la cause de la cyclophorie, ou tendance rotative de l'œil sur son axe antéro-postérieur, qui réside géné-

ralement dans une insuffisance du muscle oblique supérieur et insiste sur l'utilité d'un diagnostic précoce puisque de lui découle le traitement rationnel. L'étude théorique et symptomatique de cet état est suivie d'exemples cliniques qui la complètent utilement. CART.

**De la pression palpébrale sur la cornée, par BULL** (*8e Congrès internat. d'opht., Revue gén. d'opht., septembre 1894*).

Bull continue à étudier la diplopie asymétrique monoculaire. C'est à une certaine forme de fatigue oculaire, qu'il appelle asthénopie tarsale, qu'est due la gêne qu'éprouvent certaines personnes en lisant et principalement en lisant au lit. Savage attribue, dans ce cas, la fatigue à la contraction exagérée des droits inférieurs et grands obliques. ROHMER.

**Obscurcissements temporaires et récurrents de la vision avec troubles ophtalmoscopiques pendant l'accès paludéen, par BENSON** (*8e Congrès internat. d'opht., Rev. gén. d'opht., septembre 1894*).

L'auteur a observé un marin atteint de malaria et de rhumatisme aigu; depuis quatre ans, il était atteint d'obscurcissement temporaire de la vision, tantôt dans la totalité, tantôt dans une partie du champ visuel. Dernièrement, l'acuité visuelle est restée affaiblie entre deux attaques. L'ophtalmoscope, à l'état ordinaire, ne permet de discerner autre chose qu'une légère dégénérescence de la tache jaune et de la papille optique, mais pendant une attaque la rétine est totalement anémiée dans toute une région qui change de position. L'obscurcissement dure de deux à cinq minutes et généralement la partie atteinte est la portion inférieure du champ visuel. Le gauche est le seul pris d'habitude. Neuf fois l'examen ophtalmoscopique démontra l'anémie totale de l'artère temporale inférieure. Pas de troubles cardiaques ni rénaux. Il semble donc que l'on doit rattacher cette affection à un spasme des parois artérielles qui atteint tantôt toutes les branches de l'artère centrale, tantôt une seule seulement. La courte durée des attaques plaide en faveur de cette hypothèse. ROHMER.

**Contribution à l'étude des manifestations oculaires dans l'érythème polymorphe, par BEAUDONNET** (*Thèse de Paris, 1894*).

Les manifestations oculaires papuleuses ou vésiculeuses de l'érythème polymorphe sont assez caractéristiques. La papule peut occuper les différentes parties de la conjonctive bulbaire, jamais palpébrale, et envahir simultanément et symétriquement les deux yeux ou un seul. Elle apparaît habituellement quelques jours après l'éruption cutanée, et disparaît en général au bout d'une semaine sans laisser de trace appréciable. Le pronostic est favorable. On signale cependant un cas d'érythème noueux récidivant, compliqué de glaucome également récidivant. La forme vésiculeuse qui peut occuper les mêmes points de la conjonctive que la forme précédente, se présente habituellement sous la forme d'un, deux ou trois vésicules isolées, du volume d'une lentille. La déchirure de ces vésicules donne lieu à des exulcérations généralement peu douloureuses et la cicatrisation est rarement retardée au delà d'un septenaire. Cette forme peut se compliquer parfois de dépôts diphtéroïdes sur la conjonctive palpébrale, mais qui n'entraînent pas de troubles fonctionnels, soit du côté de

l'œil, soit du côté des paupières. Le pronostic sera donc également bénin. Il sera de la plus grande importance de ne pas confondre l'hydroa de la conjonctive, éruption absolument bénigne, avec le pemphigus dont la terminaison très fréquente est la perte de la vue par xérosis et symblépharon. On s'abstiendra de tout traitement local dans les manifestations conjonctivales de l'érythème polymorphe. ROHMER.

**Bactériologie clinique de la conjonctive, par CUÉNOD** (*Gaz. des hôp.*, *15 septembre 1894*).

Après avoir étudié la bactériologie normale de la conjonctive, l'auteur en arrive à conclure que dans un cul-de-sac tout à fait normal, le nombre absolu des microbes, en tant qu'individus existant à un moment donné, est relativement restreint; que le nombre des diverses espèces ou variétés, que l'on peut rencontrer dans le même cul-de-sac à diverses époques, est assez élevé. Les bactéries qui, au point de vue clinique, sont les plus connues et déterminent les conjonctivites les plus nettement caractérisées, sont le gonocoque, le bacille de Klebs et celui de Weeks ; on ne les trouve jamais sur des conjonctives saines. Au point de vue de l'antisepsie, il faut retenir l'absence habituelle de germes pyogènes proprement dits à la surface de la conjonctive saine, et la multiplication excessive des microorganismes sous le pansement, en dépit des plus consciencieux lavages antiseptiques préalables. ROHMER.

**Étude sur la phtiriase palpébrale, par GUYARD** (*Thèse de Paris*, *1894*).

La phtiriase palpébrale est une affection rare ; elle atteint plus spécialement les enfants chez qui la phtiriase du pubis n'a pas été rencontrée simultanément. Le pou qui se loge aux paupières est le phthirias inguinalis ; il n'est pas démontré qu'un autre pou puisse s'y localiser. Lorsqu'on rencontre le phtirias inguinalis aux paupières, il faut le rechercher dans les autres parties du corps où il se trouve habituellement, et surtout dans les sourcils et mieux dans la tête chez les enfants. On doit également savoir s'il existe sur le corps des parasites d'une autre espèce. Le traitement le plus radical de la phtiriase palpébrale est l'extirpation avec une pince et au besoin, en s'aidant d'une loupe, des parasites et de leurs lentes, après frictions d'eau vinaigrée pour détruire l'adhérence de celles-ci aux poils. Simultanément il faut détruire par les moyens connus, les autres parasites qui peuvent coexister. ROHMER.

**Des conjonctivites pseudo-membraneuses, par BRUN** (*Presse méd.*, *10 mars 1894*).

Uhthoff a émis l'hypothèse que les associations microbiennes jouent un rôle dans la gravité de la maladie, et les résultats obtenus par Sourdilhe confirment cette idée ; dans les 6 cas examinés par lui, jamais le bacille de Löffler n'a été rencontré isolé ; toujours il s'est trouvé associé soit au streptocoque, soit au staphylocoque blanc ou doré, soit à l'un et à l'autre de ces agents pathogènes ; c'est dans les cas les plus bénins de conjonctivite à fausses membranes superficielles que le bacille de Löffler a été rencontré avec le seul staphylocoque ; l'association avec le streptocoque

s'est, au contraire, montrée dans les formes graves de la conjonctivite, répondant au type primitivement décrit par de Graefe. D'autre part, il est des cas de conjonctivite croupale où le bacille de Löffler n'a pu être décelé ; d'où il est permis de conclure qu'au niveau de la conjonctive, comme au niveau du pharynx, la fausse membrane en elle-même n'a aucun caractère spécifique ; l'examen bactériologique peut seul permettre d'affirmer la nature diphtéritique. ROHMER.

**Sur la tuberculose de l'appareil lacrymal, par JAULIN** (*Thèse de Paris, 1894*).

La tuberculose du sac lacrymal existe, mais elle est rare ; elle paraît plus fréquente que celle de la glande ; le diagnostic nécessite l'examen des parties enlevées, la recherche des bacilles de Koch et la pratique des inoculations. Lorsqu'on soupçonne une dacryocystite tuberculeuse, il faut examiner avec soin, d'abord le nez et la conjonctive, puis le pharynx, la peau, les poumons, l'état général et rechercher s'il n'y a pas d'autres tuberculoses locales. Il n'est pas encore prouvé que les fistules lacrymales survenant chez les lupiques, ou que les fistules lacrymales qui deviennent l'origine d'un lupus, soient de nature tuberculeuse. Il faut, lorsqu'on est en présence d'une affection lacrymale tuberculeuse avérée ou d'une fistule rebelle chez un scrofuleux, extirper le plus complètement possible le foyer infectieux et pratiquer la cautérisation totale au thermo-cautère. On pourra aussi employer le chlorure de zinc. S'il existait simultanément une tuberculose nasale du même côté, la guérison de la dacryocystite ne pourrait être obtenue qu'après le traitement approprié du nez.

ROHMER.

**Cure immédiate des ulcères de la cornée, par MULES** (*8e Congrès internat. d'opht., Rev. gén. d'opht., septembre 1894*).

L'auteur applique sur la cornée une gélatine qui renferme une solution saturée d'acide borique et de l'iodoforme en poudre impalpable. On place un bandage à demeure pendant quelques jours, et généralement en trois jours la cicatrisation est complète. Les effets rapides de ce traitement sont probablement dus à la destruction des microorganismes. ROHMER.

**Traitement des blessures de la cornée et de la sclérotique par l'emploi d'un lambeau de conjonctive, par SNELLEN** (*8e Congrès internat. d'oph., Revue gén. d'oph., septembre 1894*).

Snellen fait remarquer que les blessures de la cornée et de la sclérotique sont fréquemment accompagnées d'une grosse inflammation. Dans l'opération de la cataracte, les risques sont diminués par l'emploi du procédé de Græfe ; mais l'on peut effectuer l'opération sans iridectomie en taillant un lambeau conjonctival et en suturant la conjonctive. Dans les traumatismes de la cornée et de la sclérotique, l'emploi d'un lambeau conjonctival recouvrant la blessure et fixé par des points de suture permet de guérir des lésions qui seraient incurables par ce procédé.

ROHMER.

**Des altérations de la macula associées à l'inflammation de la rétine et à l'œdème de cette membrane, par GUNN** (*8e Congrès internat. d'opht., Revue gén. d'opht., septembre 1894*).

L'auteur appelle l'attention sur les lignes et les plis variés qui partent de la macula dans les cas d'œdème rétinien. Ces plis subsistent après la disparition de l'œdème et de l'inflammation. Ces figures en étoiles ont été observées dans des cas de chorio-rétinite, d'anémie et de thrombose de l'artère centrale de la rétine. Elles sont toujours dues à l'œdème de la rétine. ROHMER.

**Opération destinée à pratiquer une pupille centrale dans un cas d'irido-cyclite grave, par NOYES** (*8e Congrès internat. d'opht., Revue gén. d'opht., septembre 1894*).

Dans un cas d'irido-cyclite grave avec fausses membranes épaissies et légère perception de lumière, Noyes a opéré de la façon suivante : avec un couteau de Graefe, il a pratiqué une section de chaque côté de la cornée et avant de retirer le couteau, il a plongé de chaque côté la pointe du couteau dans l'iris assez près du centre. S'il y a une hémorragie, il faut injecter de l'eau salée dans la chambre antérieure par une des ouvertures et la faire ressortir par l'autre. Ensuite il a incisé l'iris avec les ciseaux de Wecker, des deux côtés et pratiqué de nouvelles injections d'eau salée. Ensuite, introduisant un crochet pour saisir les lambeaux d'iris, il les a coupés. ROHMER.

**Sur l'hémorragie rétro-choroïdienne après les opérations sur l'œil, par DUFOUR** (*8e Congrès internat. d'opht., Revue gén. d'opht., septembre 1894*).

Ceux qui ont assisté à cette complication et qui, après une opération bien faite, ont eu la surprise de voir la plaie devenir de plus en plus béante, le corps vitré s'écouler suivi bientôt d'une hémorragie de plusieurs jours savent la gravité de cet accident qui n'est pas fréquent. L'origine est rétro-choroïdienne. Quant au diagnostic, aucun examen local des yeux ou général des vaisseaux et du cœur ne permettent de conclure d'avance à la probabilité de l'hémorragie. Le traitement direct est sans succès ; Dufour recommande surtout de produire l'effet narcotique et nauséeux, et, pour y aider de préparer une solution de morphine mélangée à une substance susceptible de donner la nausée. L'œil devra toujours être énucléé, car c'est encore le meilleur moyen d'arrêter l'hémorragie. ROHMER.

**De la rétinite albuminurique, par DIMMER** (*8e Congrès internat. d'opht., Revue gén. d'opht., septembre*).

La figure étoilée de taches et stries blanches que l'on observe dans la région maculaire chez les personnes atteintes de rétinite albuminurique est due à une accumulation de cellules granulées graisseuses dans la couche externe des fibres de Henle. Les changements régressifs dans la même maladie sont constatés d'habitude dans la couche moléculaire externe de la rétine ou dans son voisinage ; ils doivent être le plus accentués dans la région de la macula et dans la couche externe des

fibres, à cause de l'absence de vaisseaux au centre de la fovea et dans la couche externe des fibres. ROHMER.

**Untersuchungen über sympatische Ophthalmie, par P. LIMBOURG et E. LEVY** (*Archiv f. exp. Path. u. Pharm., XXVIII, p. 90*).

Les recherches bactériologiques faites dans l'ophtalmie sympathique ne permettent pas d'accuser un seul microbe comme agent spécifique, bien qu'on trouve dans la plupart des cas le staphylocoque. L'ophtalmie sympathique est aussi à considérer comme une lymphangite, ne différant des lymphangites vulgaires des membres, par exemple, que par la complexité des rapports anatomiques et physiologiques des organes.

PAUL TISSIER.

**Ponction sclérale dans le traitement du glaucome, par PRIESTLEY SMITH** (*8e Congrès internat. d'opht., Revue gén. d'opht., septembre 1894*).

L'auteur trouve que l'iridectomie est souvent dangereuse à cause des déplacements fréquents du cristallin dans le cours de cette opération. Cinquante fois, il a effectué avec un couteau de Græfe une ponction sclérale siégeante à cinq millimètres du limbe scléro-cornéen. Dans les cas non aigus, la cocaïne est suffisante; dans les autres, il faudra employer le chloroforme. La ponction sans iridectomie améliore la vision pour un certain temps et diminue la pression intra-oculaire; ces résultats sont satisfaisants. ROHMER.

**Procédé pour diminuer la tension dans les yeux atteints de glaucome chronique, par WALKER** (*8e Congrès internat. d'opht., Revue générale d'opht., septembre 1894*).

L'auteur dissèque un petit lambeau de conjonctive (3 millimètres sur 6 environ) jusqu'au bord de la cornée et l'on introduit à sa base un fin couteau dans la chambre antérieure. Dans l'ouverture ainsi pratiquée, le lambeau conjonctival est ensuite appliqué. La surface épithéliale de la conjonctive étant en rapports avec les parties profondes de la cornée ou du limbe scléro-cornéen, la soudure des tissus ne peut se produire en ce point. De cette façon une fistule permanente est obtenue avec toutes ses heureuses conséquences pour l'avenir de l'œil glaucomateux. ROHMER.

**Paralysie oculaire motrice par pression latérale du crâne, par PANAS** (*8e Congrès internat. d'opht., Revue gén. d'opht., septembre 1894*).

Voici les conclusions des observations et des expériences auxquelles s'est livré l'auteur : 1° La plupart des paralysies oculaires par traumatisme du crâne dépendent de fractures de sa base; 2° le manque d'enfoncement des os de la voûte n'exclut en rien la présence de fêlures basilaires; 3° les nerfs qui affectent les rapports les plus intimes avec les os, la sixième paire en tête, sont le plus fréquemment paralysés; 4° la compression dérive de la fracture elle-même, ou bien du sang extravasé dans le crâne. Dans le premier cas la paralysie est plus ou moins immédiate, dans le second elle peut ne se montrer que tardivement; il en est ainsi lors d'exsudats plastiques par phlogose. ROHMER.

**Ueber die Entfernung..... (De l'ablation des éclats de fer implantés dans la rétine, par J. HIRSCHBERG** (*Deutsche med. Woch.*, *nos 23 et 25, 1894*).

L'auteur préconise pour l'ablation des éclats de fer, l'emploi d'un petit aimant pouvant porter de 2 à 500 grammes ; il l'introduit dans la cavité de l'œil à l'aide d'une incision cornéenne de 4 à 5 millimètres, après avoir relevé la conjonctive qu'il réapplique ensuite avec un à deux points de suture : cette opération doit être faite sous le chloroforme et avec les précautions antiseptiques.

Le résultat de la pratique de Hirschberg pendant les dix dernières années a été : 30 succès complets, 7 améliorations, 6 résultats défectueux ; les insuccès sont dus soit à une infection antérieure à l'opération, soit à l'étendue trop grande de la blessure.

Haab oppose une méthode qui ne nécessite pas l'introduction de l'aimant dans l'œil : il se sert d'aimants très puissants tels qu'on en trouve dans les cabinets de physique. L'auteur croit que l'emploi de ces forts aimants n'est pas par lui-même dépourvu de danger pour l'œil et, qu'en tout cas, il n'est pas aussi facile de les avoir sous la main.

Hirschberg apporte cinq nouvelles observations qui montrent combien l'introduction de son petit aimant est bien tolérée ; il permet de retirer le corps étranger non seulement lorsqu'il est visible, mais aussi dans les cas où il faut aller à sa rencontre, sans être exactement fixé sur son siège. H. DE BRINON.

**Blessures du globe oculaire dues à des corps étrangers en cuivre, par LEBER** (*8e Congrès internat. d'opht.*, *Revue gén. d'opht.*, *septembre 1894*).

L'auteur admet l'asepsie presque constante des blessures dues à des corps étrangers en cuivre. Ce n'est que dans le cas où il y aura présence de microorganismes qu'il sera nécessaire d'énucléer. On ne doit pas, d'ailleurs, énucléer tant que la rétine fonctionne normalement et qu'il n'y a pas menace d'ophtalmie sympathique. Celle-ci est presque toujours d'origine septique,d'où son absence dans tous les cas observés. Chez les pauvres gens, un œil naturel, même déformé, est préféré à n'importe quelle pièce d'émail. ROHMER.

**Du drainage de l'œil, par PFLUEGER** (*8e Congrès internat. d'opht.*, *Revue générale d'opht.*, *septembre 1894*).

Il s'agit de l'opération ancienne de Wecker applicable aux infections de la chambre antérieure aussi bien qu'au kératocone, au glaucome et au décollement récent de la rétine. Pflueger introduit dans la chambre antérieure une petite pièce de gutta-percha qui reste en place et peut faire l'office de drain. Dans le kératocone on peut laisser cette pièce en place pendant plusieurs jours. ROHMER.

**Kyste orbitaire et microphtalmie, par DE LAPERSONNE** (*8e Congrès internat.*, *d'opht.*, *Revue gén. d'opht.*, *septembre 1894*).

L'auteur a observé le cas d'un kyste orbitaire avec microphtalmie, dans lequel la paroi était formée par la rétine bien développée, mais

complètement retournée. L'importance de ce cas tient à ce que les coupes ont porté sur la totalité des tissus de l'orbite. Il s'agit bien d'un kyste par défaut d'occlusion de la fente oculaire. Ces lésions paraissent s'être produites au moment de la formation de la vésicule oculaire secondaire. Le feuillet externe a peu proliféré pendant que le feuillet distal repoussé en bas et en avant formait la paroi du kyste et de nombreuses circonvolutions rétiniennes au milieu desquelles se trouve le cristallin. ROHMER.

**Des différents modes d'application du mercure en thérapeutique oculaire : frictions, injections hypodermiques, intra-oculaires et sous-conjonctivales, par DARIER** (*Gaz. des hôp.*, *1er septembre 1894*).

Dans les affections oculaires où la médication générale est indiquée, il faut donner la préférence aux injections hypodermiques de sels solubles, en général, et au cyanure de mercure en particulier. Quand il est impossible d'avoir le malade sous la main, les frictions sont indiquées et donnent de bons résultats si l'on a soin de bien donner au malade les indications nécessaires à une cure sérieuse. Les injections massives de sels insolubles doivent être réservées aux cas qui ont déjà subi en partie une cure mercurielle et qui ont montré pour cette médication une tolérance parfaite. Les injections intra-oculaires sont surtout indiquées dans les affections graves du corps vitré, infections traumatiques profondes, ophtalmie sympathique avancée, affections syphilitiques graves ayant résisté au traitement général et aux injections sous-conjonctivales. Les injections sous-conjonctivales sont indiquées comme antiseptique puissant, dans les infections traumatiques ou opératoires, dans les ulcères infectieux et les abcès de la cornée et l'hypopion ; comme résolutifs dans la kératite parenchymateuse torpide, les exsudats choroïdiens, certaines iritis plastiques quand il n'y a pas une stase veineuse trop marquée ; comme antisyphilitique rapide et intense contre les manifestations oculaires de la syphilis à toutes ses périodes, sauf quand il y a une infection péricornéenne trop intense. ROHMER.

---

# MALADIES
# DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

**A case of sarcoma of the palate successfully treated with the toxines of erysipelas, par Walter B. JOHNSON** (*Med. Record, 17 novembre 1894*).

Garçon de 16 ans ; le voile du palais, les piliers, les amygdales, le palais osseux sur une assez grande étendue, les parois du pharynx, la base de la langue, l'épiglotte, le larynx (sauf les cordes vocales) sont envahis par des néoformations sarcomateuses (sarcome à cellules fusiformes).

Traitement : injections hypodermiques de toxines obtenues de cultures filtrées de streptococcus erysipelatosus combinées avec les toxines de cultures filtrées de bacillus prodigiosus. Le traitement dura du 31 octobre 1893 à juin 1894, les doses de toxines injectées s'étant graduellement élevées de 1 centimètre cube à 3 centimètres ; il dut être interrompu à maintes reprises à cause d'incidents assez graves : température élevée, cyanose, frissons, éruptions d'herpes labial, kératite, etc., et cependant le résultat du traitement fut une amélioration constante, progressive, quoique lente de l'état sarcomateux. En octobre 1894, un an après le début, on ne trouvait plus là où s'étendait une si vaste néoplasie que quelques points exulcérés ; la luette et une partie de l'épiglotte avaient été détruites par le processus morbide.

CART.

**Névrite optique d'origine réflexe amygdalienne, par MENACHO** (*8e Congrès intern. d'opht., Revue gén. d'opht., septembre 1894*).

Il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'une amygdalite catarrhale double, présente une hypertrophie amygdalienne et qui, deux semaines plus tard, devient aveugle par le fait d'une papillite double avec stase très accusée. La vision, chez elle, a remonté très rapidement deux jours après l'excision des deux amygdales et a fini par redevenir tout à fait anormale au bout d'un mois.

L'auteur attribue la maladie à une action réflexe passant à travers le glosso-pharyngien et le sympathique au moyen du plexus pharyngien, puis la branche d'Andersch et le plexus caverneux. ROHMER.

**Hypertrophy of the pharyngeal or Luschka's tonsil, par FLETCHER INGALS** (*Journ. of the Americ. med. Ass., 29 septembre 1894*).

L'hypertrophie de l'amygdale de Luschka est relativement rare puisqu'on ne la rencontre que chez 2 0/0 des malades atteints d'affections naso-pharyngiennes ; elle est plus fréquente chez les filles que chez les garçons ; cette affection est, dans maints cas, d'origine congénitale ; elle se manifeste ordinairement avant la quinzième année ; son étiologie est fort obscure, les causes qui l'engendrent étant probablement les mêmes que celles qui provoquent l'hypertrophie des amygdales, du reste si fréquemment simultanément hypertrophiées ; l'hérédité entre en ligne de compte dans quelques cas ; la santé générale est souvent affectée. L'intervention chirurgicale donne de bons résultats. CART.

**Des végétations adénoïdes tuberculeuses du pharynx nasal, par LERMOYEZ** (*Soc. méd. des hôpitaux, 20 juillet 1894*).

Lermoyez rapporte l'observation d'un enfant de 6 ans, de souche tuberculeuse, chez qui il dut enlever des tumeurs adénoïdes d'aspect classique, mais récidivant à 4 mois d'intervalle ; l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un tissu de granulations bacillaires végétantes avec disparition complète du tissu normal de l'amygdale pharyngée. Chacune des ablations amena une amélioration notable mais passagère ; mais le malade bénéficia surtout du traitement thermal salin, qui fut ordonné après la seconde opération. Lermoyez a vu un autre cas qui lui semble devoir être rapproché du précédent.

H. L.

**Fibro-sarcome des fosses nasales faisant saillie dans le pharynx, par MERMET** (*Soc. anat. Paris, p. 533, juillet 1894*).

Une fille de 16 ans était atteinte d'une tumeur située dans le pharynx : cette tumeur a le volume d'un petit œuf de poule, sa surface est lisse et régulière. Elle est mobile, et comble presque entièrement le pharynx buccal et nasal : elle adhère par un pédicule à l'extrémité postérieure du cornet inférieur droit. Au cours d'une exploration, le pédicule céda facilement, et la tumeur fut extirpée sans aucune difficulté. Ce polype est formé de tissu fibro-sarcomateux.

MAUBRAC.

**Lymphadénome du pharynx chez un enfant de 11 ans, par MONTAZ** (*Dauphiné méd., 1er juillet 1894*).

Enfant de 11 ans, trachéotomisé pour croup huit années auparavant. L'affection a débuté, il y a une dizaine de mois, par un gonflement des amygdales sur lesquelles se sont développées, en même temps que sur les piliers, la luette et le pharynx, des productions d'aspect myxomateux. Leur ablation est suivie d'une récidive rapide, et actuellement elles forment une masse qui remplit le pharynx et obture l'orifice du larynx, ce qui nécessite la trachéotomie.

L'opération est suivie de la régression des masses fongoïdes : mais l'amélioration n'est que momentanée, le néoplasme s'accroît, remplit la cavité buccale en chassant la langue au dehors; un double engorgement sous-maxillaire progresse de jour en jour et le malade succombe rapidement à un accès de suffocation. OZENNE.

**Traitement de l'angine diphtéritique par les badigeonnages avec une solution concentrée de sublimé dans la glycérine, par GOUBEAU et J. HULOT** (*Archives gén. de méd., septembre et octobre 1894*).

Les auteurs emploient les badigeonnages avec la solution de sublimé dans la glycérine au 1/20. Ces badigeonnages sont faits deux fois par jour, trois ou quatre fois dans les formes graves; en même temps on pratique des lavages boriqués du nez et de la gorge. Les résultats sont remarquables : sur 64 cas, dont 18 angines bénignes, 21 de moyenne intensité, 16 graves, 8 toxiques, 1 hypertoxique, ils n'ont eu que 3 décès, soit 4,7 0/0. Sous l'influence de ce traitement, les fausses membranes disparaissent rapidement, les forces se relèvent et l'état général s'améliore; jamais on n'a constaté de signes d'intoxication. A. CARTAZ.

**Contribuzione clinica alla rinite caseosa o colesteatomatosa, par R. CIMMINO** (*Boll. mal. dell'orecchio, XII, 9*).

C. a eu l'occasion d'observer et de traiter trois cas de rhinite caséeuse; l'intégrité des cavités, des sinus, l'absence de lésions lui font considérer cette affection comme une lésion particulière, rare, il est vrai, mais sans rapport avec les suppurations nasales, de nature probablement microbienne. A. CARTAZ.

**Epileptiforme Anfälle durch Veränderungen in den Nasenhöhlen hervorgerufen, par F. KJELMAN** (*Berlin. klin. Woch., n° 13, p. 316, 26 mars 1894*).

Deux cas d'attaques épileptiformes nocturnes chez des enfants par suite d'une gêne de la respiration nasale. Chez le premier, âgé de 12 ans, les accès

étaient précédés d'asthme et ils disparurent à la suite de cautérisations des cornets inférieurs tuméfiés. Chez le second, âgé de 6 ans, ils persistèrent après cautérisation du cornet inférieur droit qui était gonflé, mais cédèrent en même temps que l'enfant fut corrigé d'une habitude qu'il avait depuis 3 ans, de s'endormir le pouce gauche dans sa bouche et les quatre autres doigts appliqués sur la narine gauche. J. B.

**Ueber die mechanische Disposition zur Ozäne, par SÄNGER** (*Therap. Monats.*, *2, p. 502, 10 octobre 1894*).

Sans admettre complètement l'hypothèse de Zaufal, il est certain que la largeur des fosses nasales favorise dans l'ozène la stagnation des sécrétions, leur dessiccation et leur putréfaction, ce qui tient à la diminution anormale de l'intensité des oscillations respiratoires de la pression atmosphérique et de ses conséquences fâcheuses sur la circulation et la sécrétion.

S. a cherché à augmenter l'intensité des variations respiratoires de la pression atmosphérique en rétrécissant artificiellement à l'aide de 2 plaques réunies par une sorte d'anse, le calibre des narines, de façon cependant que la respiration fût possible la bouche étant fermée. Les résultats ont été constamment favorables. La muqueuse d'abord pâle et sèche, rougit, devient humide. La sécrétion est plus abondante et plus aqueuse ; il en résulte que des croûtes se détachent plus facilement et peu à peu finissent par disparaître. La fétidité s'atténue et peut cesser.

Dans quelques cas, l'auteur a vu les cornets inférieurs reprendre leur volume normal. PAUL TISSIER.

**Statistique de 250 cas d'épistaxis, par Edm. BAUMGARTEN** (*Revue internat. de rhinol.*, *IV. n° 15*).

Ces 250 cas, comprenant 150 du sexe masculin, 100 du sexe féminin, ont été observés en majorité de 10 à 40 ans ; l'hémorragie avait pour siège la cloison cartilagineuse, dans la grande majorité des cas (219), et avait les causes les plus diverses : traumatismes, eczémas, douleurs, grippe, etc., avec ou sans lésion générale.

Pour arrêter l'hémorragie, B. a recours au galvano-cautère ou à l'acide chromique ou aux deux combinés. Il a recours au tamponnement direct par de la gaze iodoformée, et repousse le tamponnement postérieur avec la sonde de Belloc. A. CARTAZ.

**Hemorrhage after operations on the nasal septum, par GETCHELL** (*Boston med. and surg. Journ.*, *5 juillet 1894*).

En désaccord avec la pluralité des auteurs, G., de cas personnels, conclut : que les interventions sur la cloison nasale peuvent être suivies d'hémorragies assez considérables pour affecter matériellement la santé du patient ; que l'artère du septum antérieur peut être située tout près de la surface, être de calibre considérable, et, si athéromateuse, causer de redoutables hémorragies ; qu'avant d'intervenir sur la cloison nasale d'un adulte, il y a lieu de considérer quel bénéfice le patient retirera de l'intervention et quels sont les risques à courir. CART.

**Papillary hypertrophy of the nasal mucous membrane compared with a true papilloma, par Jonathan WRIGHT** (*Americ. lar. Assoc., New York med. journ., 13 octobre 1894*).

Dans ce travail, W. établit histologiquement la nature différente de l'hypertrophie de la muqueuse des cornets et du papillome vrai des fosses nasales ou de l'arrière-gorge. De très belles planches photographiques exécutées d'après les préparations de l'auteur confirment d'une façon très nette cette différence. A. CARTAZ.

**Contribution à l'étude de quelques tumeurs rares des fosses nasales, par E. GUDER** (*Broch. Genève, 1894*).

G. publie plusieurs cas de tumeurs rares des fosses nasales : 1° un mélano-sarcome de la fosse nasale droite, observé chez un homme de 47 ans, avec tumeur mélanique métastasique du cou. Cette tumeur du cou fut enlevée, celle du nez le fut en partie ; on ne put enlever tous les prolongements. Étude histologique très détaillée de ces tumeurs et revue synthétique des rares observations de ce genre (six) ;

2° Polype pigmenté de la cloison. Le polype avait les apparences extérieures du polype muqueux. Après ablation, les coupes montraient, dans l'épaisseur, de nombreuses cellules pigmentaires ;

3° Papillome des fosses nasales. Etude résumée de ce sujet et examen d'un cas. A. CARTAZ.

**Tratamiento de las desviaciones verticales del tabique nasal sin espesiamento, par Ricardo BOTEY** (*Archivos latinos de rinol., septembre 1894*).

Dans les déviations verticales de la cloison, sans épaississement, qui sont presque toujours d'origine traumatique, d'après l'auteur, on ne peut se servir de l'électrolyse ou des pinces coupantes qui conviennent bien aux déviations horizontales. On a presque forcément une perforation plus ou moins large, et l'on ne remédie pas à la déviation. Dans cette forme particulière, le meilleur procédé serait la résection sous-périchondrique d'une partie du cartilage quadrangulaire avec redressement consécutif. L'auteur a pratiqué trois fois cette opération avec succès. A. CARTAZ.

**I. — Der blutende Polyp der Nasenscheidewand, par O. SCHADEWALDT** (*Berlin. klin. Woch., n° 20, p. 477, 14 mai 1894 et Arch. f. Laryng. I, 3*).

**II. — Idem, par FRAENKEL, ONODI, SCHEIER, etc.** (*Ibidem*).

I. — Les tumeurs polypiformes, dites polypes saignants, de la cloison nasale forment une espèce morbide bien distincte ; naissant à la partie antéro-inférieure de la cloison, ils obturent parfois entièrement la narine correspondante et donnent lieu à des hémorragies considérables. Ces tumeurs sont absolument bénignes, cliniquement et histologiquement parlant ; une fois qu'elles ont été convenablement extirpées, elles ne récidivent pas et les épistaxis cessent. On les observe à partir de l'âge de 20 ans, de préférence dans le sexe féminin et principalement pendant la grossesse. Leur siège de prédilection est du côté gauche. Le seul traitement consiste dans l'ablation qui doit se faire même chez les femmes enceintes. S. en a vu 4 cas.

II. — *B. Fraenkel* a également observé son premier cas chez une

femme en état de grossesse avancée; la tumeur était un granulome vasculaire revêtu d'un mince épithélium. Il n'est pas partisan de la dénomination de polype qui dans les fosses nasales devrait être réservée aux myxomes. Les quelques cas qu'il a vus concernaient des femmes et se trouvaient du côté gauche.

*Scheier* en relate deux observations.

*Onodi* en a soigné deux ; l'un, chez une femme enceinte où la tumeur avait 1 centimètre de long sur 4 centimètres de large et avait occasionné des épistaxis profuses; l'autre, plus petite, chez une jeune fille.

*Flatau*, lui aussi, a traité deux tumeurs de ce genre, mais chez des hommes travaillant dans une atmosphère poussiéreuse ; elles étaient petites et siégeaient à gauche. Les malades étaient très affaiblis par les hémorragies qui étaient anciennes et abondantes. Les tumeurs avaient les dimensions de lentilles, la même teinte que la muqueuse à laquelle elles étaient reliées par un petit pédicule court, et leur aspect était celui de granulomes.

*P. Heymann* en a vu 4 cas, 2 chez des hommes et 2 chez des femmes. Leur grosseur variait d'un haricot à une noisette et elles s'étalaient un peu à la façon des champignons. Leur structure microscopique était celle des angiomes : des cavités séparées par de minces bandelettes d'un tissu de granulations. J. B.

**The surgical treatment of chronic empyema of the antrum maxillare, par SCANES SPICER** (*Brit. med. Ass.; Journ. of laryng., octobre 1894*).

S. estime seul efficace le traitement suivant : ouverture par la fosse canine, assez large pour admettre le doigt, et faire un parfait curetage. Contre-ouverture par le méat inférieur et larges irrigations boriquées; la cavité de l'antre est bourrée avec de la gaze créolinée, qu'on laisse en place pendant 48 heures. En même temps que les lavages, le malade est instruit à souffler de l'air dans le sinus par le nez. La guérison est rapide et complète : 4 observations à l'appui. A. CARTAZ.

**Contribution à l'étude de l'empyème du sinus maxillaire, par CAPDEPONT** (*Thèse de Paris, 1894*).

Bonne étude de cette question. L'auteur admet que l'origine dentaire est bien plus fréquente que l'origine nasale. Il préconise la ponction exploratrice par la fosse canine comme moyen de diagnostic et, pour l'ouverture définitive, la perforation alvéolaire. Il ne met une canule en place que huit jours après cette perforation (ce qui semble bien tardif).

A. CARTAZ.

**Sulla cura chirurgica degli empiemi dell' antro mascellare, par G. FERRERI** (*Arch. ital. di otol., II, 4*).

F. passe en revue les divers procédés de traitement des sinusites maxillaires et décrit en détail la pratique d'un certain nombre de spécialistes. D'après ses recherches, la majorité penche pour l'intervention par la voie alvéolaire. Il distingue deux formes d'empyème : aiguë, caractérisée par la présence du pus ; chronique, soit d'origine dentaire, soit quelquefois primitive, de nature tuberculeuse, avec fongosités, lésions osseuses. La forme aiguë est le plus souvent d'origine nasale, la forme

chronique, d'origine dentaire ou par lésion du maxillaire. Dans le premier cas, on doit tenter la guérison par l'orifice naturel ; pour la forme chronique, F. préfère l'ouverture par la fosse canine qu'il a pratiquée six fois avec succès, dont deux chez des malades déjà opérés par la voie alvéolaire. A. CARTAZ.

**Ueber maligne Transformation gutartiger Geschwülste der Higmorshöhle, par Emmanuel FINK** (*Archiv f. Laryngol.*, *I*, *2*).

Homme de 33 ans, ayant le nez obstrué depuis l'enfance. A l'âge de 12 ans, ablation de polypes de la narine droite qui récidivent. Esmarch, en 1879, diagnostique une masse polypeuse de l'antre d'Highmore. Plus tard nouvelle ablation de polypes, avec abondante hémorragie. Progressivement la face se déforme, la tumeur fait saillie sous la joue. Depuis l'âge de 30 ans, nombreuses ablations de polypes de la narine. L'auteur pratique l'ouverture alvéolaire de l'antre, pensant à un empyème. Il ne sort qu'une quantité minime de mucosités. On reconnaît la nature cancéreuse de la tumeur. Résection du maxillaire par le procédé de Nélaton. Mort d'épuisement deux mois et demi après l'opération. A. C.

**Ethmoidal disease, par BOSWORTH** (*Med. Record*, *13 octobre 1894*).

Dans un travail antérieur (*N.-York med. Journal*, 7 nov. 1891) B. avait décrit 5 variétés d'affections des cellules ethmoïdales qu'actuellement il estime pouvoir réduire à 3 : dégénérescence myxomateuse extra-cellulaire, dégénérescence myxomateuse intra-cellulaire, ethmoïdite purulente, ces trois conditions morbides n'étant du reste que les stades successifs d'une seule et même maladie : l'inflammation aiguë de la muqueuse. En raison du caractère anatomique particulier de cette membrane, l'inflammation chronique tend à y développer un épaississement gélatineux qui prend le caractère myxomateux. Si cet état de choses persiste pendant un certain laps de temps, il produira alors la distension des cellules ethmoïdales avec sa suite de symptômes : écoulements aqueux ou muco-purulents, violentes attaques d'éternuement, maux de tête, sentiment de pression intra-orbitale, etc.

B. a eu l'occasion d'observer 93 cas en un an, 61 hommes et 32 femmes, âgés de 10 à 70 ans. Sur ces 93 cas, 15 furent de nature purement inflammatoire, sans suppuration ni dégénérescence polypoïde (9 guéris, 3 améliorés, 3 perdus de vue) ; 29 présentèrent de la dégénérescence myxomateuse sans suppuration (12 guéris, 10 améliorés, 7 perdus de vue) ; 22 avec dégénérescence myxomateuse avec suppuration (9 guéris, 10 améliorés, 3 perdus de vue) ; enfin 27 cas furent purement suppuratifs (8 guéris, 12 améliorés, 7 perdus de vue).

Dans presque tous les cas, le traitement fut chirurgical, car il semble qu'il y ait peu à attendre, dans les cas sérieux, de simples irrigations ou douches nasales. CART.

**Occlusion congénitale osseuse des arrière-fosses nasales ; oblitération complète à droite, incomplète à gauche, par R. BEAUSOLEIL** (*Journ. méd. de Bordeaux*, *8 juillet 1894*).

Fillette de 11 ans. Six mois après sa naissance cette enfant est atteinte d'une large plaie de la région inguinale et peu après d'un écoulement fétide

par les fosses nasales; à partir de cette époque, le nez commence à se déformer et actuellement il présente la déformation typique observée dans les cas de coryza atrophique. Dans les dernières années on a constaté, à plusieurs reprises, des symptômes d'otite suppurée.

La fosse nasale du côté gauche est relativement libre. Outre les symptômes habituels du coryza atrophique ordinaire, on note que l'ouverture postérieure de la narine est notablement rétrécie par une cloison osseuse, qui occupe toute la partie postérieure et supérieure de l'ouverture choanale. Cette cloison s'étend de la partie supérieure du vomer à l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde. Le passage de l'air n'a donc lieu que par un orifice très rétréci.

Du côté droit, la narine est remplie de mucosités, dont l'ablation fait constater une obstruction complète de la partie postérieure de ce conduit par une cloison osseuse, développée aux dépens de l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde, et allant rejoindre le corps de cet os, le vomer et la lame horizontale du palatin. Tout passage de l'air est donc rendu impossible.

La cavité naso-pharyngienne a ses dimensions normales. Pas de lésions du pharynx, ni du voile du palais. OZENNE.

**Nasal polypus, its association with ethmoiditis, par CASSELBERRY** (*N. York med. Journ.*, *24 novembre 1894*).

C. ne considère pas les polypes muqueux comme une affection primitive et simple du nez ; c'est le plus souvent le résultat d'une inflammation plus ou moins prononcée des cellules ethmoïdales. Presque toujours leur point d'insertion est dans le méat moyen, au niveau de l'hiatus semilunaire ; leur accumulation amène l'oblitération du canal et l'arrêt de l'écoulement du mucus de cette cavité, d'où formation d'une ethmoïdite suppurée.

C. conseille de réséquer (au moyen de forts ciseaux) le cornet moyen pour assurer le drainage des cellules ethmoïdales et de cureter le point d'implantation des polypes. A son avis, cette opération est indiquée au moins dans la moitié des cas. A. CARTAZ.

**Ueber Sulfanilsäur als Palliativmittel bei acuten Catarrhen, par VALENTIN** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n° 7*, *p. 223*, *1er avril 1894*).

L'acide sulfanilique agit bien contre certains symptômes des catarrhes aigus du nez, du larynx et de l'oreille moyenne. Le gonflement des cornets et la sécrétion aqueuse profuse sont en moins de 2 heures considérablement diminués ou disparus. Le médicament a une action semblable mais moins sûre dans la laryngite aiguë où l'on voit aussi la rougeur disparaître. Dans le catarrhe de l'oreille moyenne, la douleur s'atténue promptement sans qu'il survienne une guérison complète. Les douleurs névralgiformes qui accompagnent les divers catarrhes sont vite soulagées, tandis que les névralgies vraies n'éprouvent aucune modification.

Dans les catarrhes chroniques, l'acide sulfanilique a moins d'action.

On peut administrer ce médicament sans inconvénient jusqu'à la dose de 8 grammes par jour. Pris à la dose quotidienne de 1 à 2 grammes pendant 4 à 6 semaines, il ne trouble ni la digestion ni les autres fonctions, parfois seulement il donne à la fin un peu de diarrhée.

Contre le coryza aigu, on peut le prescrire aux doses de 2 à 4 grammes, saturé de carbonate de soude.

Son mode d'action est encore mal déterminé. Peut-être agit-il en

détruisant des nitrites pathogènes et en les transformant en corps diazoïques. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans le coryza aigu les mucosités nasales offrent nettement la réaction des nitrites, tandis que cette réaction manque habituellement dans le mucus nasal normal.

Valentin n'a pas expérimenté l'acide sulfanilique dans la bronchite aiguë, et il en a toujours vérifié l'action par l'examen laryngoscopique.

J. B.

**Contribution à l'étude des phlegmons sus-hyoïdiens, par HUGUET et DE BONIS** (*Arch. gén. de méd., avril et mai 1894*).

Les inflammations de la bouche sont parmi les causes principales des phlegmons sub-lingaux. Les maladies générales (fièvre typhoïde, embarras gastrique, etc.), les inflammations suppuratives du voisinage, les affections dyscrasiques ont une certaine influence sur leur développement.

Dans les phlegmons sus-hyoïdiens, le pus se collecte au-dessus du muscle mylo-hyoïdien. Les auteurs sont portés à croire que le point de départ de l'inflammation est souvent dans les muscles.

Les abcès sous-hyoïdiens sont presque toujours profonds. On peut en décrire deux formes : septico-gangreneuse et phlegmoneuse franche.

Les principaux signes sont : la tumeur sous-maxillaire adhérente à l'os, recouverte par la peau normale ou œdématiée, la saillie œdémateuse du plancher de la bouche marquée de l'empreinte des dents ; la contracture des muscles, le soulèvement de la langue ; la dysphagie ; la dyspnée, le cornage.

Le traitement de choix consiste dans l'incision par la voie sus-hyoïdienne ; l'incision peut être pratiquée latéralement ou sur la ligne médiane.

RICHARDIÈRE.

**Laryngeal paralysis in chronic nervous disease, par PERMEWAN** (*Brit. med. Ass. Journ. of laryng., octobre 1894*).

L'auteur a examiné 34 cas de paralysie générale, 9 au début, 32 à diverses périodes du second degré, 3 à la période terminale de la maladie. Il a constaté dans quelques cas seulement la voix monotone, dans 1 cas il existait une paralysie complète d'une corde sans changement de la voix. Au début, pas de troubles de la sensibilité pharyngo-laryngée ; plus tard elle est émoussée ; dans 2 cas il y avait hyperesthésie. Dans 2 cas il y avait une parésie du voile. Dans 7 cas il existait des troubles laryngés, parésie des abducteurs d'un ou des deux côtés.

Dans 2 cas de sclérose disséminée, pas de troubles laryngés.

Dans 1 cas de paralysie bulbaire, paralysie des abducteurs. A. CARTAZ.

**Des paralysies laryngées dans la fièvre typhoïde, par M. BOULAY et H. MENDEL** (*Arch. gén. de méd., décembre 1894*).

B. et M. appellent l'attention sur les accidents de paralysie qu'on peut observer du côté du larynx dans le cours de la fièvre typhoïde. C'est une complication rare dont ils n'ont pu relever que 17 cas dont un personnel. Les observations de Lüning (*Arch. f. klin. Chir.*, XXX), un cas de paralysie du récurrent et de Landgraf (*Soc. méd. de Berlin*, 1889), 2 cas de paralysie dans la convalescence semblent leur avoir échappé.

On peut observer 4 formes : paralysie des dilatateurs, sur 6 cas, 5 fois on dut pratiquer la trachéotomie ; paralysie des constricteurs, 4 cas ; paralysie d'un récurrent, 5 fois ; paralysie des deux récurrents, 2 cas. Les auteurs discutent la pathogénie de ces accidents, sans prendre parti entre les diverses hypothèses émises jusqu'ici. A. CARTAZ.

**Diphtheritic cricoid perichondritis and necrosis, par DE LA SOTA Y LASTRA** (*Journ. of the Americ. med. Ass.*, *29 septembre 1894*).

De cette observation concernant un enfant ayant succombé à la diphtérie laryngée, au quinzième jour du traitement, suivant O'Dwyer, deux faits sont intéressants et instructifs à retenir : la propagation, rarement signalée dans cette maladie, du processus diphtéritique au cartilage cricoïde dont une partie nettement reconnaissable fut expulsé dans une quinte de toux ; la possibilité, au cours de la manœuvre de O'Dwyer, de la déglutition du tube qui si elle ne provoque pas quelque grave accident (dans le cas présent l'enfant le rendit par l'anus au bout de quelques heures) n'en est pas moins un incident singulièrement pénible pour le praticien. Il sera du reste évité si l'on a le soin de munir l'extrémité buccale du tube d'un fil de soie. CART.

**Spätformen hereditärer Syphilis in den oberen Luftwegen, par GERBER** (*Broch.*, *Vienne 1894*).

Dans cet intéressant mémoire, G. étudie les manifestations héréditaires tardives de la syphilis sur les premières voies aériennes et met largement à contribution les travaux de Fournier. On trouve, du reste, mentionnés tous les articles parus sur ce sujet et une bibliographie complète permet de recourir aux sources.

G. n'envisage que les affections du nez, de la gorge et du larynx. Après avoir passé en revue les signes diagnostiques généraux de la syphilis héréditaire, il étudie successivement ses diverses localisations.

Du côté du nez, trois formes de lésions : rhinite hyperplasique, atrophique (ozène) et ulcéreuse, produisant, suivant le degré des altérations du squelette, les déformations caractéristiques en selle, en lorgnette, etc.

Du côté de la gorge, les formes précoces de la syphilis héréditaire sont l'érythème et les plaques muqueuses. Les formes tardives sont l'infiltration gommeuse et les gommes dont l'ulcération amène les déchirures du voile, les pertes de substance, les soudures avec le pharynx.

Dans le larynx, les formes précoces sont : l'érythème et la syphilide papuleuse ; les formes tardives sont l'infiltration diffuse hyperplasique, l'infiltration gommeuse amenant, avec le temps, les ulcères, les pertes de substance, l'hyperplasie secondaire et les rétrécissements cicatriciels.

Ce travail est, avec quelques observations inédites, un excellent résumé de la question. A. CARTAZ.

**L'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte, ses indications, sa valeur thérapeutique, par P. FERROUD** (*Thèse de Lyon*, *1894*).

Cette thèse est un chaud plaidoyer en faveur du tubage opposé à la trachéotomie. Après un exposé complet et rapide des travaux relatifs à cette question, l'auteur indique la technique opératoire, les indications de

l'intervention, les accidents et les complications. Il montre que ce n'est pas seulement dans la diphtérie, mais dans une grande variété de rétrécissements laryngés, œdème, gomme, phlegmon, fracture, que le tubage peut être employé avec plus d'avantages que la trachéotomie. Le point particulier de ce travail est une description d'une modification apportée par Ferroud aux instruments d'O'Dwyer, modification qui rend l'introduction, et surtout l'extraction du tube plus facile et qui abaisse notablement le prix de cet appareil. A. CARTAZ.

**Ein Fall von 436 stündiger Intubation (Intubation ayant duré 436 heures), par GALATTI** (*Wiener med. Blätt., nos 25 et 26, 1894*).

Un enfant de 20 mois avait été atteint d'une angine diphtérique qui guérit ; 8 jours après se manifestèrent des signes de rétrécissement de la glotte qui nécessitèrent l'intubation. Au bout de 96 heures, le tube fut enlevé, mais il dut être remplacé au bout de 30 minutes. Plusieurs tentatives faites ensuite pour le retirer définitivement demeurèrent sans succès. Ce n'est qu'après un séjour de 436 heures dans le larynx que le tube put être définitivement enlevé. Pendant ce laps de temps, le tube fut mis et retiré dix fois ; le séjour continu le plus long (sans parler du premier) a été de 69 heures ; l'intervalle le plus grand a été de 30 heures.

Galatti ne s'explique pas pour quel motif l'intubation est restée si longtemps nécessaire ; il soupçonne une paralysie diphtérique, mais il n'a pas pu pratiquer l'examen endolaryngien. Pendant tout ce temps, l'enfant est resté bien portant ; il n'a eu ni fièvre, ni catarrhe bronchique.

Cependant l'enfant succomba un peu plus tard à la suite d'une bronchopneumonie. En dehors de ces lésions terminales, l'autopsie fit constater un rétrécissement cicatriciel de la glotte manifestement consécutif au séjour du tube dans le larynx. De plus, l'enfant était rachitique. LEFLAIVE.

**Gehörprüfungen an den Stadtschulen Luzerns, par G. NAGER** (*Corresp.-Blatt für schweiz, Aerzte, 15 avril 1894*).

Nager a examiné l'état de l'ouïe chez 1,386 élèves des écoles primaires et secondaires de Lucerne. 40,69 0/0 de ces enfants avaient l'ouïe plus ou moins dure ; 2,88 0/0 avaient une oreille seulement très dure et 2,65 0/0 les deux oreilles. Les élèves à ouïe défectueuse comptaient presque le double de mauvaises notes que les autres.

La proportion d'oreilles dures est beaucoup plus élevée qu'à Munich, où Bezold l'a trouvée de 25,08 0/0 et qu'à Stuttgart, où Weil l'a évaluée à 32,6 0/0. Cela s'explique par le climat lacustre humide de Lucerne. J. B.

**Ueber Mittelohreiterungen bei Säuglingen, par H. KOSSEL** (*Charité-Annalen, XVIII, et Berlin. klin. Woch., n° 16, p. 387, 16 avril 1894*).

Sur 108 cadavres d'enfants âgés de moins de 1 an, Kossel en a trouvé 85 présentant de l'otite moyenne. L'immense majorité de ces enfants n'avait pas dépassé l'âge de 6 mois. 38 fois le pus de la caisse tympanique renfermait des bâtonnets identiques aux pseudo-bacilles de la grippe de Pfeiffer ; 10 fois il s'agissait du diplocoque de Fraenkel ; 4 fois de streptocoques ; 2 fois du pneumobacille de Friedländer ; 2 fois de staphylocoques ; 1 fois du bacille pyocyanique et 1 fois du bacille tuberculeux.

Kossel a examiné un cas de thrombose des sinus veineux des méninges ;

il a trouvé dans le thrombus un seul microbe, le pneumo-bacille de Friedländer qui existait également dans le pus de l'oreille.

Le diagnostic de cette otite n'est guère possible d'une façon certaine pendant la vie et il n'y a pas de traitement à faire. J. B.

**A bacteriological investigation of the suppurating ear discharge occurring as a complication in scarlet fever, par Frank BLAXALL** (*Brit. med. Journ., p. 116, 21 juillet 1894*).

Des recherches poursuivies par Blaxall sur le pus des otites scarlatineuses il résulte :

1° Que l'organisme le plus important au point de vue de l'étiologie de l'otite moyenne chez les scarlatineux est le streptocoque ;

2° En général, il y a moins de chances de trouver du streptocoque quand le tympan est intact, mais ce microorganisme peut avoir pénétré dans l'oreille par la voie bucco-pharyngienne et la trompe d'Eustache ;

3° Les staphylocoques blanc et doré viennent immédiatement après le streptocoque comme fréquence et comme importance ;

4° Le diplocoque de la pneumonie (Fränkel) et le bacille de Friedländer ne jouent pas un rôle pathogénique notable dans l'étiologie de l'otite scarlatineuse. H. R.

**87 trépanations de l'apophyse mastoïde, par A. BROCA** (*8e Congrès franç. de chir., Bull. méd., 24 octobre 1894*).

Ces 87 trépanations ont été pratiquées sur 82 sujets, dont 80 enfants au-dessous de 15 mois. 10 malades sont morts de maladie intercurrente, sur les 72 autres, 3 ont actuellement succombé.

Ces opérations ont été pratiquées pour les lésions suivantes : abcès mastoïdiens aigus avec otite moyenne aiguë; 37 cas sur 36 sujets, 29 guérisons complètes.

Fistules mastoïdiennes : 33 cas sur 31 sujets, 23 guérisons complètes; 3 en traitement.

Abcès mastoïdiens consécutifs à des otites chroniques : 11 cas, 5 guérisons; 3 en traitement.

Suppurations chroniques de l'attique : 3 cas, 1 guéri; 2 en traitement.

Éburnation de l'apophyse : 1 cas, 1 guérison. OZENNE.

**Myxosarkom der Paukenhöhle (Sarcome de la cavité tympanique), par A. KUHN** (*Deutsche med. Woch., n° 27, p. 561, 1894*).

Enfant d'un an; tumeur faisant saillie dans le conduit auditif externe avec une petite fistule à la pointe de l'apophyse mastoïde. L'opération montre qu'il s'agissait d'une tumeur ayant son point de départ dans la cavité tympanique et de là se bifurquant; une branche s'était développée dans le conduit auditif externe, l'autre, perforant la paroi inférieure du méat osseux avait poussé vers le cou dans le tissu cellulaire situé au-dessous de l'apophyse mastoïde et de l'insertion du sternocléidomastoïdien.

Après une amélioration passagère, la tumeur récidiva, fut enlevée une seconde fois et réapparut ; l'enfant mourut dans le marasme dix mois après le début. La tumeur offrait au microscope la constitution du myxo-sarcome.

H. DE BRINON.

# REVUE GÉNÉRALE

## DE LA VALEUR CLINIQUE DU CHIMISME STOMACAL

Par **G. HAYEM.**

Consulter dans la *Revue des Sciences médicales :*

Jaworski, XXI, 441 ; Korczinski, Jaworski, XXXVIII, 574; Girard, XXXV, 436; Leo, XXXVI, 445; Ferrannini, XXXV, 483; Mathieu, Fick, Günzburg, XXXV, 535; Cohn, XXXVI, 48; Stintzing, XXXVI, 465; Leinhartz, Jaksch, XXXVI, 542; Lyon, XXXVI, 548; Hirschfeld, XXXVII, 432; Jolles, XXXVII, 438; Streng, Sahli, XXXVIII, 32; Salkowski, Kumagawa, XXXVIII, 42; Herzen, XXXVIII, 573; Rosenstein, Spitzer, Hayem, Mathieu, Winter, XXXIX, 142; Wagner, XXXIX, 447; Meusi, XL, 217, 218; Liebermann, XL, 439 ; Cavallero, Riva-Rocci, XL, 44; Lüttke, XL, 45; Valvioli, Mora, XL, 431, 552; Mizerzki, Nencki, Cavallero, Riva-Rocci, Kellog, Langermann, XLII, 30, 31 ; Bondzynski, XLII, 426; Mathieu, Hallopeau, XLII, 427; Fürbringer, XLII, 554; Wagner, XLIV, 24 ; Tessari, XLIV, 426; Boas, XLIV, 427 et Revue générale sur le chimisme stomacal par P. Tissier, XXXVII, 289.

Consulter encore : Recherches sur le chimisme stomacal a l'état normal et a l'état pathologique, **par G. Hayem et J. Winter** (*Bulletin méd., n° 95, 1889 et n°s 8 et 54, 1890*). — Du chimisme stomacal considéré comme élément de diagnostic et comme source d'indications thérapeutiques, **par G. Hayem** (*Bulletin et Mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 18 juillet 1890*). — Les phénomènes chimiques de la dyspepsie gastrique d'après les recherches de Hayem, **par Mathieu** (*Gazette des hôp., 4 octobre 1890*). — Note sur un moyen de déterminer la valeur quantitative des divers facteurs de l'acidité du suc gastrique, **par Mathieu et Rémond** (*Soc. de biologie, 15 novembre 1890*). — Diagnostik der Krankh. der Verdaungsorgane, **par Leo** (*Berlin, 1890*). — Du chimisme stomacal (digestion normale; dyspepsie), **par G. Hayem et J. Winter** (*Paris, 1891*). — L'acidité du suc gastrique, ses divers facteurs, **par Mathieu et Rémond** (*Gazette des hôp., 17 octobre 1891*). — Sur la méthode de Winter-Hayem et sur le rapport de l'HCl libre a l'HCl combiné, **par Mintz** (*Deutsche med. Woch., n° 52, 1891*). — Le chimisme stomacal normal et pathologique d'après Hayem et Winter, **par Bouveret et Magnien** (*Lyon méd., n°s 30, 31 et 32, 1891*). — Contribution a l'étude des anomalies dans l'évolution du processus de la digestion stomacale a l'état pathologique, **par G. Hayem** (*Société méd. des hôp., 16 octobre 1891*). — Des altérations chimiques du processus stomacal dans la gastrite alcoolique, **par G. Hayem** (*Ibid., 23 octobre 1891*). — Considérations complémentaires sur les troubles évolutifs de la digestion stomacale, **par G. Hayem** (*Ibid., 23 octobre 1891*). — Des altérations du chimisme stomacal dans la chlorose, **par G. Hayem** (*Ibid., 30 octobre 1891*). — Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten, **par Boas** (*1891*). — Leçons de thérapeutique. Médications, 4e série. Médication antidyspeptique (Leçons faites en 1892) (*Paris, 1893*). — Bemerkungen zur Magensaftanalyse (Réponse a Mintz), **par J. Winter** (*Deutsche med. Woch., n° 6, 1892*). — Réponse a Mintz, **par K. Wagner** (*Vratch, 1892*). — Ueber die Winter-Hayem'sche methode (Réponse a Mintz), **par Riva-Rocci** (*Deutsche med. Woch., n° 6, 1892*). — Revue critique sur l'acidité du suc gastrique, **par J. Winter** (*Progrès thérap., juin 1892*). — Du chimisme stomacal d'après les recherches les plus récentes de G. Hayem et Winter, **par**

**J. Winter** (*Arch. gén. de méd., octobre 1892*). — Die Magensaeure des Menschen, **par Martius et Lüttke** (*1892*). — Suc gastrique, **par Arthus** (*Journ. de pharm. et de chimie, n° 8, 1892*). — Observations critiques sur le chimisme gastrique, **par J. Winter** (*Bulletin méd., 20 juillet 1893*). — Étude critique des résultats fournis par l'analyse du suc gastrique, **par Linossier** (*Semaine méd., 15 avril 1893*). — De l'évolution des fonctions de l'estomac, et lois de l'évolution des fonctions digestives, par **J. Winter** (*C. R. de l'Acad. des Sciences, 26 décembre 1892 et 3 juillet 1893*). — Note sur l'anatomie pathologique de la gastrite hyperpeptique, **par G. Hayem** (*Soc. méd. des hôp., mai 1893*). — Esquisse des principaux types anatomo-pathologiques de la gastrite chronique de l'adulte, **par G. Hayem** (*C. R. de l'Acad. des Sciences, 26 juin 1893*). — Gastropathies et tuberculose pulmonaire, **par G. Hayem** (*Congrès de la tuberculose, 1893*). — Leçons cliniques sur la gastrite parenchymateuse, **par G. Hayem** (*Bulletin méd., n°s 6, 9, 15, 20, 23, 31, 35, 39, 45, 49, 56, 57, 1894*). — La digestion peptique de l'albumine, **par Herzen** (*Revue gén. des Sciences pures et appliquées, septembre 1894*). — Note sur l'anatomie pathologique de la gastrite muqueuse, **par G. Hayem** (*Soc. méd. des hôp., 20 juillet 1894*). — Nouvelles recherches sur les troubles évolutifs de la digestion, **par G. Hayem** (*Ibid., 22 juin 1894*). — De la valeur clinique du chimisme stomacal, rapports de **G. Hayem et de Bourget** (de Lausanne); discussion : Linossier, Coutaret, P. Sollier, Bourget, Frémont, Renaut, Glénard, etc. (*Premier Congrès de méd. Lyon, 26 et 27 octobre 1894*).

## § Ier.

Tout progrès en séméiologie, et par conséquent dans l'art de poser un diagnostic, est lié en médecine à un perfectionnement dans les méthodes d'examen des malades. Quand on a voulu jeter un certain jour sur l'histoire confuse et d'ailleurs très complexe des maladies de l'estomac, on a dû s'inquiéter tout d'abord des procédés propres à nous renseigner sur l'état statique et fonctionnel de cet organe.

La palpation et la percussion de l'estomac et des viscères voisins fournissent des renseignements qui, rapprochés des signes subjectifs révélés par l'interrogatoire des malades, sont d'une grande importance, mais maintes fois aussi insuffisants. On s'est donc ingénié à multiplier les modes d'exploration, et, dans ces dernières années, on a introduit dans la pratique des procédés nouveaux, au nombre desquels l'étude chimique du contenu gastrique me paraît être de beaucoup le plus important.

La cavité stomacale communiquant avec l'extérieur par un canal assez large et peu sensible, il était rationnel de chercher à y pénétrer directement pour y puiser les produits de sa sécrétion. C'est ce qu'ont déjà compris, à la fin du siècle dernier, Reaumur et l'abbé Spallanzani, lorsqu'ils ont exécuté les mémorables expériences qui nous fournirent les premiers renseignements sur les propriétés digestives du suc gastrique. Il fallut cependant attendre près de cent ans pour que la méthode ingénieuse de ces savants fût reprise, perfectionnée et appliquée à la solution de divers problèmes de physiologie et de pathologie.

Kussmaul avait vulgarisé l'emploi de la pompe stomacale dans un but thérapeutique, quand Leube eut l'idée de faire servir cet instrument, ou les siphons en caoutchouc qui le remplacent avantageusement, à l'étude des troubles fonctionnels de l'estomac.

Tout d'abord, il chercha à faire le diagnostic de l'insuffisance motrice. Il faisait ingérer à ses malades un repas copieux, composé d'une soupe, d'un bifteck et de pain blanc. Au bout de 7 heures, il pratiquait le sondage. Des explorations exécutées chez l'homme sain lui avaient permis

d'estimer à ce laps de temps la durée de la digestion d'un semblable repas.

Lors donc que chez un patient se plaignant de l'estomac, le lavage stomacal effectué dans ces conditions, avec deux entonnoirs d'eau, ramenait des débris ou des résidus alimentaires, il portait le diagnostic de catarrhe gastrique; lorsqu'au contraire le liquide restait clair, il admettait, suivant les cas, la gastralgie, l'ulcère ou la dyspepsie nerveuse.

Mais Leube ne se bornait pas à ce mode d'examen. Il se servait également d'un procédé qu'il croyait propre à fournir des renseignements sur les qualités du suc stomacal. Il introduisait dans l'estomac à jeun, au moyen de la sonde, 100 centimètres cubes d'eau glacée; au bout de 10 minutes, le contenu stomacal était extrait et l'estomac était lavé avec 300 centimètres cubes d'eau distillée. Les liquides recueillis étaient examinés au point de vue de leurs réactions et servaient à exécuter des digestions artificielles.

Telle fut la première ébauche de l'étude clinique du suc gastrique. La voie était ouverte et on savait dès lors qu'il était possible au clinicien de chercher à se rendre compte du fonctionnement chimique de l'estomac.

Depuis cette époque, l'étude du contenu gastrique retiré à l'aide de la sonde pendant le cours de la digestion est venue enrichir la technique de plus en plus complexe et perfectionnée de l'examen des malades.

Il s'agissait de surprendre l'estomac en plein travail et d'acquérir une notion plus ou moins précise sur la nature de ce travail, en appréciant quelques-unes des qualités physiques, chimiques et physiologiques du chyme, mécaniquement extrait à un moment déterminé de l'acte digestif. Il ne faut pas perdre de vue que ce mode d'exploration a été institué par des médecins dans le but de faciliter le diagnostic des diverses affections gastriques, et que, par suite, les promoteurs de la méthode se sont appliqués à trouver des procédés simples et expéditifs. On croit généralement qu'un procédé doit nécessairement posséder de telles qualités pour être clinique, comme si la précision scientifique devait être réservée seulement aux recherches de laboratoire.

Que furent ces premiers procédés?

Les médecins allemands qui eurent le mérite d'introduire dans la pratique ces nouveaux moyens de diagnostic, prirent comme point de départ de leurs recherches une théorie de la digestion stomacale qui, bien qu'elle soit encore acceptée par beaucoup d'auteurs, est certainement inexacte, ou tout au moins fort imparfaite. Ils croyaient que les glandes stomacales retirent du sang de l'acide chlorhydrique, qui mis en liberté par le travail glandulaire, représente, avec la pepsine, l'élément actif du suc gastrique et le facteur principal, pour ne pas dire unique, de l'acidité stomacale.

Cette théorie a été exprimée nettement par Ewald sous la forme suivante: « La richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique libre est le thermomètre de l'activité fonctionnelle de l'estomac. » Il s'agissait donc tout simplement, pour les premiers observateurs, de mesurer l'acidité totale, puis de rechercher qualitativement l'acide chlorhydrique libre.

Pour cette recherche qualitative, on s'est servi des réactifs colorants, sur lesquels deux expérimentateurs français, Laborde et Dusart, ont les

premiers attiré l'attention en montrant la réaction fort sensible du violet de méthyle en présence de l'acide chlorhydrique libre.

Lorsque les réactions qualitatives étaient nettement positives, les observateurs en concluaient que l'acidité était due à l'acide chlorhydrique, et ils appliquaient la valeur numérique fournie par l'acidimétrie à l'acide chlorhydrique libre du contenu stomacal. Lorsque les réactions qualitatives étaient douteuses ou faibles, ils en concluaient que la plus grande partie de l'acidité était due aux sels acides, et ils mesuraient alors la richesse en acide chlorhydrique libre en comparant entre elles, d'une part, des solutions colorimétriques renfermant des quantités connues d'acide chlorhydriques, d'autre part, du suc gastrique additionné du même réactif colorant.

En ajoutant que l'étude du suc gastrique était complétée par la recherche des acides gras, par l'essai de la valeur digestive du liquide à l'aide des digestions artificielles, par la recherche des peptones et par l'examen du pouvoir réducteur, j'aurai donné une indication suffisante des procédés qui ont prévalu pendant longtemps.

Aujourd'hui, nous savons qu'ils exposent à des erreurs et constituent une méthode insuffisante. Appliquée par un grand nombre d'auteurs, et notamment par Ewald et Boas, cette méthode n'a apporté, au point de vue physiologique, aucune lumière nouvelle sur la digestion stomacale, et au point de vue qui nous occupe, celui du diagnostic des maladies de l'estomac, elle n'a pu servir qu'à introduire dans la science des données confuses, contradictoires, qui faillirent discréditer le principe même du nouveau mode d'examen des malades et en compromettre l'avenir.

Fort heureusement, le problème de la fonction chimique de l'estomac devait recevoir bientôt une solution scientifique.

Bien qne l'emploi des colorants ait été perfectionné et qu'à l'aide de certaines combinaisons de moyens, on soit parvenu à le faire servir à des dosages quantitatifs, je ne m'étendrai pas plus longuement sur ce sujet, j'indiquerai immédiatement les motifs qui m'ont déterminé à utiliser pour mes recherches personnelles le dosage analytique des différents produits chlorés.

Lorsqu'en 1888 je voulus, poursuivant mes études sur les anémies, entreprendre un travail sur la dyspepsie des chlorotiques, j'eus la bonne fortune de pouvoir m'adjoindre comme collaborateur mon préparateur, M. Winter, chimiste des plus distingués. Nous ne tardâmes pas à nous apercevoir qu'il était nécessaire de trouver des procédés d'analyse plus rigoureux que ceux qui étaient alors en faveur.

Le travail chimique de la digestion est une opération complexe, plus complexe que ne semble l'avoir pensé jusqu'à présent la plupart des médecins. Il ne fallait pas songer, avec les petites quantités de liquide qu'on extrait de l'estomac pendant le cours d'une digestion donnée, à faire une analyse chimique complète du suc gastrique, c'est-à-dire à évaluer, à doser, à l'aide de moyens précis, les divers agents qui prennent part à ce travail et les produits qui en résultent. Mais nous savions, grâce aux recherches de nos devanciers, que le chlore paraît jouer un rôle prépondérant dans la fermentation stomacale. Or, le chlore est précisément, de tous les éléments chimiques actifs que l'on rencontre dans l'estomac, celui qui peut être le plus exactement mesuré. Il était donc indiqué de

chercher une méthode analytique capable de faire connaître les variations des diverses formes du chlore pendant le cours de la digestion.

C'est là ce qui a été réalisé par M. Winter à l'aide d'un procédé qu'on peut appeler *chlorométrique*.

A ce moment, relativement à la cause de l'acidité du suc gastrique, deux opinions également plausibles étaient en présence : celle de Bidder et Schmidt, qui rapportait cette acidité à la sécrétion et à la présence dans le contenu stomacal d'acide chlorhydrique ; celle de M. Ch. Richet, dont les observateurs allemands n'avaient tenu aucun compte, opinion qui invoquait la présence dans le suc gastrique d'acide chlorhydrique combiné à des matières organiques de la nature des leucines.

Toutefois, les recherches les plus récentes, poursuivies à l'aide des procédés que j'ai mentionnés, semblaient faire pencher la balance du côté des conclusions de Bidder et Schmidt.

On avait bien formulé quelques restrictions au sujet de la fixation possible de l'acide chlorhydrique sur les matières alimentaires et on avait remarqué que, tout en conservant son acidité, ce corps pouvait échapper aux indications des réactifs usités. Mais jusqu'alors la notion des combinaisons chlorhydro-albuminoïdes était restée mal précisée. Personne n'avait songé à attribuer à ces combinaisons un rôle, une raison d'être dans le processus de la peptonisation ; personne n'en avait démontré l'existence dans le suc gastrique, à l'état de combinaisons fixes, définies et durables.

Aussi les recherches que nous avons poursuivies en commun, M. Winter et moi, à l'aide du procédé chlorométrique, entreprises d'abord dans le but de perfectionner l'examen clinique du suc gastrique, nous ont-elles entraînés à mettre en doute plusieurs des notions classiques sur la fonction chimique de l'estomac.

Il serait à coup sûr trop long de vous présenter un résumé, même très succinct, des études que nous avons faites. Je crois cependant indispensable de rappeler ici quelques-unes de nos conclusions.

L'expression de *chimisme stomacal* dont nous avons fait usage, et qui depuis semble avoir été adoptée, s'applique à l'étude des éléments chlorés et de leurs variations pendant le cours de la digestion.

L'étude de ce chimisme, poursuivie dans les conditions les plus normales, révèle un certain nombre de faits qui, toute réserve faite de leur interprétation théorique, peuvent être formulés de la manière suivante :

La sécrétion stomacale, qui prend naissance sous l'influence de l'excitation produite par l'aliment, est une sécrétion chlorurée saline.

Lorsque l'aliment ne renferme pas de substances albuminoïdes, autrement dit quand il ne contient pas de matériaux à digérer, le chlore du suc gastrique se présente presque exclusivement sous forme de chlore minéral. Cependant, on trouve toujours dans le suc gastrique des combinaisons chloro-organiques, qu'on ait recours comme excitant à l'eau distillée ou à une simple action mécanique, ce qui semble résulter de la présence dans l'estomac soit de résidus alimentaires, soit surtout de détritus cellulaires.

Dans le cours de la digestion normale d'un repas mixte, dès qu'ont pénétré dans l'estomac des matières susceptibles d'être digérées et transformées en peptones, les chlorures fixes sont utilisés, au fur et à mesure

de leur sécrétion, sous forme de combinaisons chloro-organiques. Quant à l'acide chlorhydrique libre, il paraît être un produit accessoire et en quelque sorte accidentel de l'acte digestif.

Ainsi donc, contrairement à l'opinion classique, l'acide chlorhydrique se trouve surtout dans le suc gastrique normal à l'état de combinaisons organiques.

Dans les conditions les plus physiologiques, ces combinaisons ont la même valeur acide que la quantité d'acide chlorhydrique qu'elles renferment et elles représentent, dans tous les cas, le facteur de beaucoup le plus important de l'acidité totale.

Ce dernier fait, aujourd'hui définitivement acquis, a une valeur physiologique incontestable. Vous remarquerez qu'il est venu montrer d'une manière éclatante l'insuffisance des méthodes soit colorimétriques, soit chimiques, fondées sur la recherche de l'acide chlorhydrique libre.

A partir du moment où M. Winter nous a mis en possession de son procédé, les observations anciennes ont dû être considérées comme incomplètes. Il était indispensable d'en recueillir de nouvelles en tenant compte des divers produits chlorés et notamment de l'acide chlorhydrique organiquement combiné. De l'introduction de ce procédé dans la science date donc une ère nouvelle pour l'étude de la chimie pathologique de l'estomac.

La chlorométrie n'exclut pas les autres procédés d'examen, relatifs à la recherche des acides gras et des produits de la digestion. Mais dans le cours de nos travaux, nous avons vu que la méthode des digestions artificielles, regardée jusqu'alors comme capable de fournir des indications précieuses, expose à des erreurs d'appréciation et nous en avons négligé l'emploi.

Notre procédé d'étude étant plus complet, nous avons relevé chez les malades des états chimiques plus nombreux que ceux qui ont été décrits. Les différents facteurs que nous dosons peuvent être effectivement combinés de manière à créer des types chimiques assez divers.

Parmi ces types, il en est un qui avait nécessairement échappé à l'observation, c'est celui qui est caractérisé par une augmentation plus ou moins considérable dans le contenu stomacal des produits chloro-organiques.

La détermination précise de ces types n'est pas sans offrir quelques difficultés sur lesquelles il m'est impossible de garder le silence.

Pratiquemnnt, on fait faire aux malades un certain repas d'épreuve que l'on extrait en général au bout d'une heure. Ce sont les résultats analytiques obtenus dans ces conditions qui servent à caractériser la déviation chimique du travail digestif.

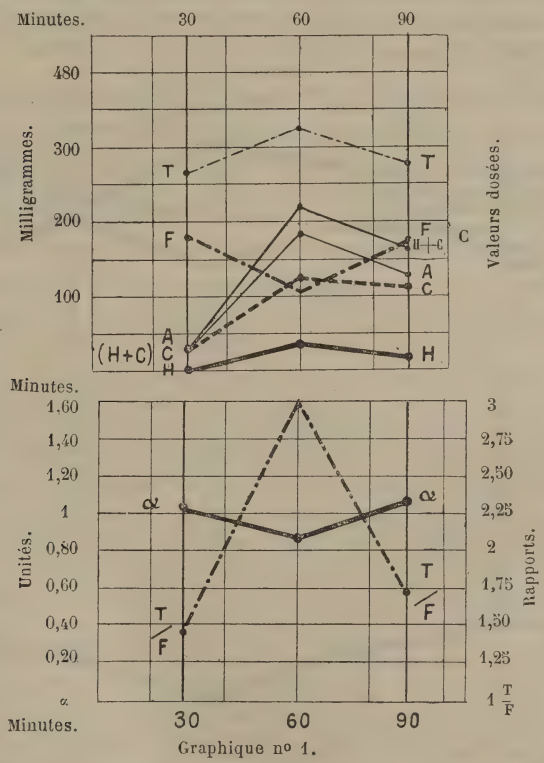
Or, pour un repas d'épreuve donné, toujours le même, la marche de la digestion, à l'état pathologique, est extrêmement variable. Tandis qu'à l'état le plus normal, la digestion du repas d'épreuve arrive à son acmé au bout d'une heure, on constate que chez les malades l'évolution digestive est au bout de ce temps, tantôt encore dans sa première phase ou phase d'accroissement, tantôt déjà dans sa phase ultime ou phase de déclin.

Il résulte de ces variations qu'en suivant la méthode courante on obtient des résultats analytiques qui ne correspondent pas à la même phase

de la digestion, et, par suite, ne sont pas comparables entre eux. Il m'a donc fallu compléter l'étude des déviations quantitatives et qualitatives du processus digestif par celle des *troubles évolutifs*.

Une digestion stomacale pour un certain repas d'épreuve n'est scientifiquement déterminée que lorsqu'on s'est rendu compte de sa marche évolutive, c'est-à-dire de son évolution dans le temps. D'où la nécessité, dans certains cas donnés, de faire l'étude des troubles digestifs à l'aide des analyses en série continue ou en série interrompue. On reconnaît ainsi le vrai type chimique, alors que celui-ci est obscur ou mal dessiné à la suite d'une seule analyse et on acquiert un renseignement précis sur la durée de la digestion. A cet égard, les gastropathes se divisent en deux catégories principales : ceux chez lesquels l'évacuation stomacale est plus ou moins retardée ; ceux chez lesquels, au contraire, elle est hâtive et en quelque sorte prématurée. Cette distinction présente une importance pratique de premier ordre.

*Digestion normale du repas d'épreuve, en série interrompue* (1).




Graphique nº 1.

Je mets sous vos yeux deux tableaux (nos 1 et 2), l'un représentant

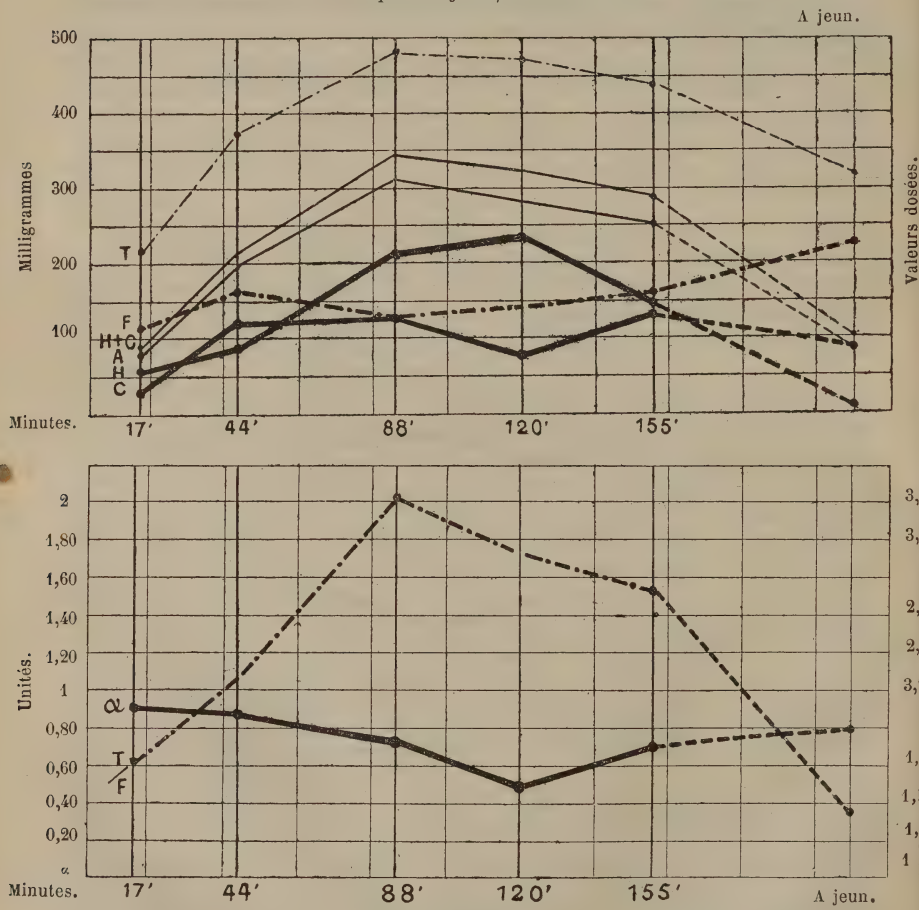
(1) Signification des lettres : T, chlore total ; F, chlore minéral fixe ; C, chlore combiné ; H, acide chlorhydrique libre ; (H + C), somme de ces deux dernières valeurs ; A, acidité totale ; α, rapport $\frac{A - H}{C}$. Les valeurs dosées exprimées en milligrammes se rapportent à 100 centimètres cubes de liquide filtré.

l'évolution de la digestion du repas d'épreuve chez l'homme dans les conditions normales ; le second, la marche de la digestion du même repas dans un cas où, malgré l'absence de tout obstacle mécanique à l'évacuation stomacale, celle-ci était très retardée. A première vue vous constaterez sur ces deux tableaux de grandes différences dans la valeur et dans la marche des éléments dosés, et vous pourrez vous rendre compte d'une des anomalies les plus fréquentes du processus digestif.

Je me borne à ces considérations générales sur la partie technique de la question et crois pouvoir maintenant, en manière de conclusion, définir le chimisme stomacal, envisagé au point de vue clinique.

Le chimisme stomacal est l'ensemble des renseignements sur la fonc-

N° 30 *bis* B. — *Ulcère de l'estomac. — Examen en série continue, après extraction de liquide à jeun, le 4 mai 1894.*




Graphique n° 2.

tion chimique de l'estomac, révélés par l'analyse du contenu gastrique extrait pendant le cours d'une digestion donnée.

Dans l'état actuel de nos connaissances, l'étude chimique la plus parfaite que l'on puisse faire de la fonction gastrique consiste dans la détermination des variations de l'élément chlore, et je n'hésite pas à dire que ce but est parfaitement et complètement atteint à l'aide du procédé imaginé par mon collaborateur, M. Winter.

Lorsque, dans les applications de ce procédé à l'examen des malades, on se sert de la méthode des analyses en série, on obtient facilement les valeurs des différents produits chlorés aux diverses phases de la digestion et ces valeurs peuvent être disposées sous la forme d'un graphique qui représente à la fois les déviations quantitatives, qualitatives et évolutives d'une digestion donnée.

Je ne connais pas de méthode d'examen clinique qui puisse fournir un résultat aussi précis et aussi complet. Nous surprenons l'estomac en plein travail, et nous représentons ce travail sous la forme des variations de l'élément actif le plus important parmi ceux qui y prennent part, et cela depuis le début du processus jusqu'à son déclin.

L'acte à étudier est démasqué dans ses principaux caractères et la fonction troublée est mesurée, calculée, graphiquement inscrite, quelles que soient les fluctuations qu'elle présente pendant son évolution dans le temps.

Comment une pareille étude de physiologie pathologique pourrait-elle être sans valeur pratique? N'êtes-vous pas frappé, au contraire, de la haute portée que doit avoir un mode d'examen ayant une rigueur scientifique telle, qu'il constitue pour le moment le modèle des procédés scientifiques utilisables en clinique?

## § II

Entrons maintenant dans le cœur de la question en abordant l'examen de la signification des renseignements fournis par le chimisme stomacal.

Nous voici en présence de troubles nettement définis de la fonction chimique de l'estomac. Ces troubles, nous ne devons pas l'oublier un instant, représentent et ne peuvent représenter que des signes de maladies. Ce sont des signes à coup sûr très importants, très précieux, ayant une grande valeur diagnostique. Mais ils ne doivent en aucun cas perdre leur rang de simples éléments séméiotiques. Ils ne caractérisent pas par eux-mêmes, et considérés isolément, une maladie, et il est nécessaire de les rapprocher de tous les autres renseignements fournis par la clinique, de les faire intervenir dans le travail de synthèse qui s'opère dans notre esprit, quand nous nous élevons à la conception nosologique d'une maladie.

J'insiste sur ce point, car il me semble que quelques-uns des auteurs contemporains, vivement impressionnés par les révélations de l'exploration de l'estomac avec la sonde, se sont un peu hâtés en créant des espèces morbides nouvelles, uniquement caractérisées par des troubles fonctionnels.

On ne croyait guère autrefois à la dyspepsie nerveuse, essentielle. C'est à peine si les auteurs classiques d'il y a une vingtaine d'années lui avaient réservé un maigre chapitre dans leurs traités. Un des premiers résultats de l'introduction en clinique des nouveaux procédés d'exploration gastrique fut de donner une extension considérable à la dyspepsie

nerveuse. On fit de l'estomac une sorte de viscère à part, unique en son genre, exceptionnel.

Malgré sa structure essentiellement glandulaire, malgré sa communication directe avec l'extérieur, qui a pour résultat de l'exposer à de nombreuses et violentes causes d'irritation depuis les premières heures de la naissance jusqu'à l'âge le plus avancé, d'y entretenir une riche flore microbienne, et par suite diverses fermentations et un dégagement incessant de substances toxiques, on gratifia l'estomac de nombreuses variétés de troubles nerveux.

Les premiers observateurs, en se servant de méthodes imparfaites, en limitant l'étude du suc gastrique à la seule recherche de l'acide chlorhydrique libre, trouvèrent nécessairement parmi les dyspeptiques, c'est-à-dire parmi les malades se plaignant de troubles gastriques, des individus ayant, les uns un suc gastrique d'apparence normale, les autres un suc gastrique altéré. Il a suffi pour réduire à néant cette division des états dyspeptiques en dyspepsies chimiques et en dyspepsie nerveuse ou sans trouble chimique, de faire une étude plus exacte du suc gastrique et surtout de la fonction chimique considérée dans le temps. Tels malades dont le suc gastrique présente une heure après l'ingestion du repas d'épreuve un contenu stomacal en apparence normal, fournissent, à un autre moment de l'évolution digestive, un suc gastrique fortement adultéré.

Aujourd'hui, la dyspepsie nerveuse n'a plus pour caractère un chimisme normal. Divers troubles sécrétoires et chimiques, notamment l'augmentation de la sécrétion gastrique, l'hyperacidité par mise en liberté excessive d'acide chlorhydrique libre, ou bien, au contraire, l'anachlorhydrie, peuvent constituer pour beaucoup d'auteurs des maladies primitives, essentielles et capables même d'engendrer, lorsqu'elles persistent, des altérations secondaires de l'appareil glandulaire.

Quelle méthode devons-nous suivre pour apprécier la valeur de ces conceptions ingénieuses, mais encore hypothétiques? Elle éclate dans tout son jour dans l'œuvre des grands cliniciens.

Par quel procédé Laënnec est-il arrivé à élever un monument impérissable, construit sur des bases inébranlables? L'auscultation médiate de la poitrine lui a révélé des signes de maladies d'une très grande valeur diagnostique. C'est à l'examen des cadavres, à l'anatomie pathologique, qu'il s'est adressé pour apprendre à connaître la signification de ces signes.

Les variations du chimisme stomacal fournissent en séméiologie des données analogues à celles que nous font acquérir la perception des modifications des bruits respiratoires ou cardiaques.

Il fallait donc, en s'inspirant de la saine tradition médicale, chercher une corrélation entre les signes dont venait de s'enrichir la séméiologie des affections gastriques et les lésions auxquelles est sujet l'appareil glandulaire de l'estomac.

C'est la méthode que j'ai suivie et que je me suis efforcé de faire suivre à mes élèves. Elle est longue, pénible, mais seule capable de donner des résultats dégagés de toute conception spéculative.

N'attendez pas de moi la description, même sommaire, des multiples et complexes altérations de la muqueuse stomacale. Permettez-moi,

cependant, sans sortir du cadre de la question qui nous occupe, de vous soumettre quelques considérations sur ce sujet.

Plus je multiplie mes études histologiques et plus j'arrive à me convaincre que la pathologie gastrique n'obéit pas à d'autres lois générales que celles qui régissent la pathologie des autres viscères de l'abdomen ou de la poitrine. De même que le foie ou le rein ne présentent guère de troubles fonctionnels appréciables que lorsqu'ils sont lésés et parfois profondément atteints, de même les troubles fonctionnels de l'estomac correspondent, dans les cas les plus habituels, à des lésions et le plus souvent à des lésions de la plus haute importance.

Lorsqu'on invoque un désordre nerveux pour expliquer un trouble gastrique, on suppose implicitement que la muqueuse stomacale de l'homme est rarement altérée, ou que tout au moins elle est souvent saine. C'est là une profonde erreur.

Il résulte de mes investigations anatomiques, aujourd'hui nombreuses, qu'il est presque impossible de trouver chez l'adulte un estomac normal. Contrairement à ce que nous observons chez l'animal, par exemple chez le chien encore jeune, dont la muqueuse stomacale est toujours saine et même remarquablement résistante aux causes d'irritation, l'homme adulte, exposé de longue date aux conséquences d'une mauvaise hygiène individuelle, présente des lésions stomacales. Je ne parle pas de petites modifications histologiques de peu d'importance, mais de grosses altérations.

J'ai examiné des estomacs de suppliciés, des estomacs de jeunes sujets ayant succombé rapidement à des maladies aiguës de courte durée (pneumonie, méningite tuberculeuse, fièvre typhoïde, etc.), et j'y ai reconnu des lésions non pas récentes, superficielles, limitées, mais profondes, étendues, anciennes, résultant d'un travail pathologique à lente évolution, dont le début devait remonter à une époque très antérieure à celle du décès.

Ces résultats n'ont pas lieu de nous étonner, car ils concordent avec la grande difficulté qu'on éprouve à trouver un estomac dont la fonction chimique soit sensiblement normale.

Certes, le nombre des dyspeptiques est considérable. Cependant les individus qui se plaignent de l'estomac ne représentent qu'une portion de ceux qui sont atteints de lésions glandulaires de cet organe. On est en droit d'en conclure que les troubles dits dyspeptiques doivent être très souvent précédés et pour ainsi dire préparés par des états organopathiques restés latents pendant un temps plus ou moins long.

L'existence de ces états gastriques latents, dont j'ai admis la grande fréquence, éclate parfois dans tout son jour lorsqu'un individu, jusque-là bien portant en apparence, succombe en quelques heures par suite d'une perforation de l'estomac, consécutive à une lésion chronique et déjà ancienne de l'organe.

Parmi les altérations glandulaires qui étaient restées à peu près complètement méconnues, je dois signaler d'une manière toute spéciale celles qui constituent les diverses formes de l'affection à laquelle j'ai donné le nom de *gastrite parenchymateuse*.

Bien que sous le terme de gastrite chronique (catarrhe chronique des auteurs allemands) on ait décrit des altérations fort variables, quelques

observateurs ont signalé dans ces dernières années des lésions glandulaires qui n'étaient pas comprises dans les descriptions classiques de cette affection.

Korczinski et Jaworski notamment, en étudiant des fragments d'estomac excisés pendant la vie chez des sujets atteints d'ulcère, ont observé un processus anatomique qu'ils ont voulu opposer au catarrhe muqueux (alcalin) et que, pour cette raison, ils ont désigné sous le nom de catarrhe à suc acide.

D'après eux, à la suite d'une irritation de la muqueuse, il y aurait production d'une infiltration leucocytaire avec fluxion. Par suite de cette congestion, les éléments cellulaires des glandes fonctionneraient d'une manière exagérée et il en résulterait une augmentation quantitative et qualitative des sécrétions. Il se produirait ainsi pendant la vie, sous l'influence du contact du suc gastrique acide avec les glandes, une digestion des cellules principales, tandis que les cellules de revêtement persisteraient. L'abondance du suc gastrique entretiendrait une irritation continue d'où naîtrait l'hypersécrétion et le catarrhe acide.

En laissant de côté la partie théorique et obscure de ce travail, en n'en retenant que les faits anatomo-pathologiques, on voit que les auteurs ont signalé la coïncidence d'une infiltration leucocytaire avec une lésion particulière, qui consisterait en une sorte de digestion des cellules principales pendant la vie.

En vérité, quoi qu'on en ait dit, ce ne sont pas là les traits principaux de la gastrite parenchymateuse.

Celle-ci est, en effet, caractérisée par un processus qui évolue essentiellement dans les éléments glandulaires et qui, dans les formes pures, est absolument indépendant de toute infiltration leucocytaire. Elle débute dans la région peptique et tend habituellement à se généraliser, et alors apparaît un fait des plus curieux qu'aucun auteur n'avait signalé, à savoir, la transformation complète de la région pylorique, dont les glandes prennent à ce point les caractères des glandes peptiques, qu'il devient impossible de distinguer les coupes provenant du pylore de celles qui sont faites au niveau du grand cul-de-sac.

L'irritation qui a pour siège les éléments glandulaires préexistants présente diverses variétés anatomiques. Elle peut être simplement néoformative, d'autres fois elle se complique de dégénérescence des éléments néoformés et d'exsudations intra-cellulaires. Les néoformations portent tantôt principalement sur les cellules principales, tantôt sur les cellules de bordure. Mais on n'observe jamais la disparition complète de l'une ou l'autre de ces cellules. Dans une de mes observations, les tubes glandulaires étaient remplis d'un nombre considérable d'éléments, pressés les uns contre les autres et, en certains points, surtout au niveau des culs-de-sac, les éléments glandulaires étaient pâles, résistants aux colorants, comme atteints d'une sorte de nécrose de coagulation ; mais cette lésion portait aussi bien sur les cellules bordantes que sur les petits éléments provenant de la multiplication des cellules principales. Je ne crois donc pas qu'il puisse se produire dans l'intérieur des glandes peptiques un suc acide qui digérerait une des espèces de cellules en respectant l'autre.

En admettant un pareil processus, il est probable que Korczinski et

Jaworski ont été influencés par la théorie d'Heidenbain relative à la production de l'acide du suc gastrique par les cellules de bordure.

Cette théorie, cependant, n'a jamais été démontrée et elle est difficilement conciliable avec les faits anatomiques.

L'étude que je poursuis en ce moment avec mon chef de laboratoire, M. Parmentier, sur l'état de l'estomac des nouveau-nés humains, m'a fait voir que les cellules de bordure sont déjà très développées au moment de la naissance ; que, de plus, ces cellules présentent un développement relatif considérable dans les premiers mois de la vie. Or, on sait qu'à cet âge la digestion gastrique s'accomplit sans qu'aucune trace d'acide chlorhydrique soit mise en liberté.

D'autre part, quelques-uns de mes examens anatomo-pathologiques montrent qu'on peut trouver chez l'adulte une hyperchlorhydrie intense, sans que les cellules de bordure soient multipliées.

Il ne paraît donc pas y avoir dans les tubes glandulaires de l'estomac une cellule productrice d'acide, cellule dont le fonctionnement exagéré serait la cause d'une hypersécrétion d'acide chlorhydrique libre. Sous ce rapport, l'anatomie est en parfait accord avec les résultats des recherches physiologiques que nous avons faites, M. Winter et moi.

Néanmoins, la gastrite parenchymateuse, telle que je viens de la caractériser sommairement, est celle qu'on trouve dans les cas d'hyperchlorhydrie, et l'on peut se demander quelle est la cause anatomique de la production excessive d'acide chlorydrique libre.

Sur ce point, je me bornerai à dire que, dans les faits que j'ai recueillis, l'hyperchlorhydrie était corrélative de la transformation des glandes pyloriques en glandes peptiques, ou si l'on veut de la disparition dans la constitution de la muqueuse gastrique des glandes productrices du suc alcalin pylorique. J'ajouterai que l'irritation des cellules principales paraît jouer, dans la production du phénomène, un rôle tout aussi important, peut-être même plus important, que la lésion des cellules dites de bordure.

J'ai insisté sur la gastrite parenchymateuse parce que c'est elle qu'on trouve dans l'estomac des hyperpeptiques, c'est-à-dire des malades qui, pour la plupart des auteurs, seraient atteints de désordres protopathiques et essentiels de la digestion.

Cette lésion est commune, profonde, grave. Elle est pour l'estomac ce qu'est pour le rein la néphrite parenchymateuse. L'importance de cette constatation ne vous échappera pas.

Un pareil processus peut-il résulter d'un trouble primitif du système nerveux ? Cela n'est peut-être pas impossible. Pour le moment, je me contente de signaler la coïncidence de certains signes et de certaines lésions, et crois pouvoir ajouter que si l'on ne veut pas devancer les faits d'observation, il faut considérer tout ce qu'on a dit et tout ce qu'on pourrait dire actuellement en dehors de cette simple loi de coïncidence, comme pure hypothèse.

Sans entrer dans de plus grands détails, je formulerai le résultat général de mes études à la fois chimiques et anatomo-pathologiques, en reproduisant les conclusions de mon travail sur les troubles évolutifs de la digestion :

« A un type chimique fixe et bien caractérisé correspond un type

structural particulier ou, en d'autres termes, à chaque modalité de fonctionnement correspond une certaine variété anatomique d'estomac.

« En suivant la méthode que je préconise, l'examen du suc gastrique devient le moyen de faire le diagnostic de la *lésion stomacale*. Il n'est plus permis aujourd'hui de comprendre sous le nom de « dyspepsie » des affections diverses, anatomiquement caractérisées et différenciées. Nous devons faire le diagnostic des diverses variétés de gastrite. Ce diagnostic est pour ainsi dire inscrit, pour chaque cas donné, sur le graphique de l'évolution chimique de la digestion. »

J'ajouterai à ces conclusions concernant les gastrites quelques propositions complémentaires visant les facteurs qu'on a fait intervenir dans le diagnostic des autres affections organiques.

La question de la présence ou de l'absence d'acide chlorhydrique libre dans le cancer de l'estomac, question qui a donné lieu autrefois à tant de débats, a perdu tout son intérêt. L'état de la digestion dépend dans le cancer, comme dans tout autre circonstance, de la lésion de l'appareil glandulaire. Le plus habituellement, le cancer se développe dans le cours d'une gastrite chronique, ancienne, ayant déterminé un état hypopeptique ou même de l'apepsie. Le suc gastrique est alors dépourvu d'acide chlorhydrique et pauvre en acide organiquement combiné et, à l'autopsie, on trouve une gastrite mixte avec atrophie glandulaire ou une transformation muqueuse, lésions qui expliquent l'hypopepsie ou l'apepsie. Mais exceptionnellement on peut trouver chez les cancéreux un état hyperpeptique. Ce fait insolite doit être également en corrélation avec l'état de l'appareil glandulaire, car mon chef de clinique, M. G. Lion, vient de préparer un estomac cancéreux dans lequel on trouve des lésions de gastrite parenchymateuse.

On peut faire des remarques analogues au sujet de l'ulcère. Le plus ordinairement les ulcéreux sont des hyperpeptiques, et, lorsqu'ils succombent, on constate que leur estomac est le siège d'une gastrite parenchymateuse plus ou moins pure. Mais la pathogénie de l'ulcère est complexe : il y a certainement plusieurs variétés d'ulcère. Aussi, peut-on observer par exception, en coïncidence avec cette lésion, un type hypopeptique, et à l'autopsie, une gastrite mixte à tendance atrophique.

Il n'y a donc pas lieu de rechercher la caractéristique chimique, soit du cancer, soit de l'ulcère. Dans l'une et l'autre de ces affections, les types chimiques sont variables et sous la dépendance de l'état structural de la muqueuse stomacale, tout comme dans les gastrites chroniques.

Nous savons, toutefois, que la gastrite parenchymateuse est le terrain de prédilection de l'ulcère, tandis que les gastrites chroniques à type chimique déprimé semblent favoriser le développement du cancer, et la clinique peut tirer parti de ces renseignements.

Les gastropathies ont souvent pour origine des troubles statiques qui ont fait l'objet des intéressantes études poursuivies par M. Glénard; souvent aussi lorsqu'elles sont nées sous l'influence d'une irritation, elles peuvent se compliquer, à un moment donné de leur évolution, d'un désordre mécanique.

Le chimisme stomacal peut faciliter le diagnostic des troubles statiques.

J'ai fait voir, effectivement, que l'évolution digestive suit une marche

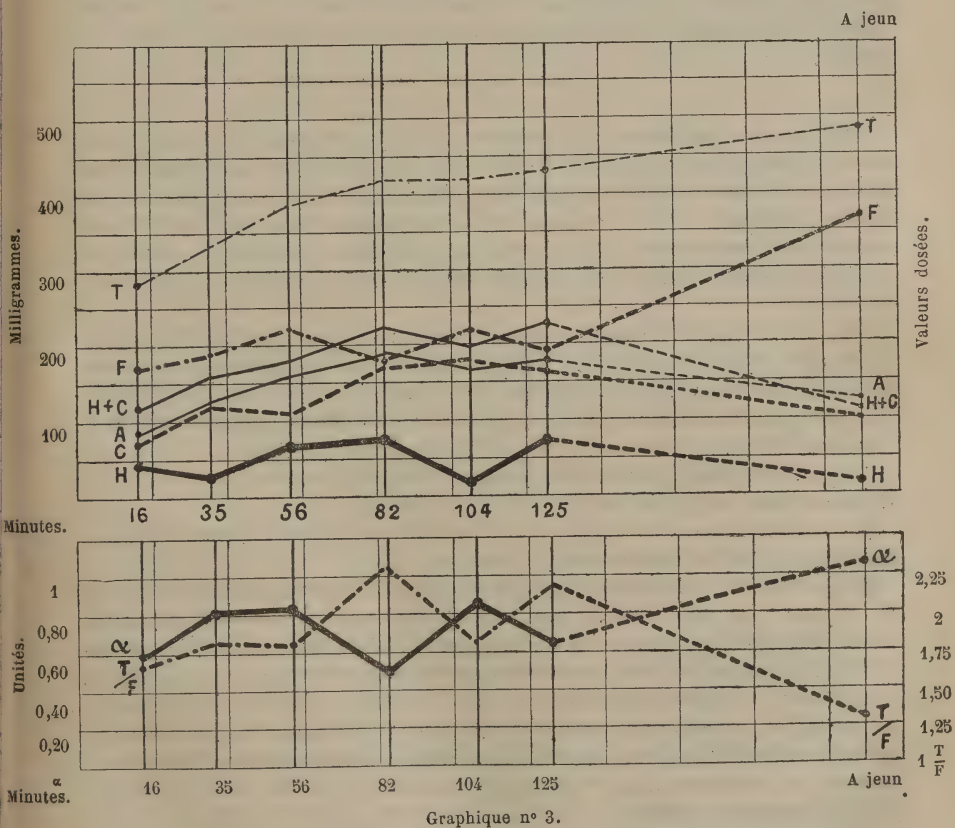
absolument régulière, quand elle est uniquement influencée par la lésion glandulaire ; qu'au contraire, sa marche est plus ou moins irrégulière dès qu'il existe un obstacle à l'évacuation gastrique. L'examen des graphiques n° 2 et n° 3, tous deux relatifs à des ulcéreux, vous en apprendra plus à cet égard qu'une description détaillée.

Dans le premier cas, le pylore était libre ; l'estomac pouvait, sans rencontrer d'obstacle, évacuer son contenu ; dans le second, l'ulcère, développé au niveau du pylore, était compliqué d'un certain degré de sténose.

Il ne me reste plus qu'un mot à dire touchant la signification des fermentations anormales, question également fort controversée et qui donne lieu encore chaque jour à des discussions.

Les affections dans lesquelles on observe ces fermentations sont assez variables. Les principales sont la gastrite parenchymateuse, les gastrites chroniques compliquées d'atonie et de gêne mécanique à l'évacuation, les

N° 35 B. — *Ulcère du pylore. — Examen en série continue, après extraction de liquide à jeun, le 1er mai 1894.*




Graphique n° 3.

tumeurs bénignes ou non, et particulièrement les tumeurs dites cancéreuses.

Les causes de ces fermentations sont encore peu connues, et à cet égard nous n'avons à signaler pour le moment que les rapports paraissant exister entre certaines formes de fermentation et l'altération de la fonction chimique stomacale.

Les faits d'observation montrent, en effet, sans qu'on puisse encore en donner l'explication, que dans un milieu où l'acide chlorhydrique libre devient abondant, au moins à un certain moment, la fermentation acétique est très fréquente. C'est ce qu'on observe dans l'hyperchlorhydrie des hyperpeptiques.

En pareille circonstance, la fermentation lactique est rare et lorsqu'on la rencontre, elle se montre seulement d'une manière transitoire pendant les premières minutes de la digestion.

Au contraire, lorsque l'acide chlorhydrique libre fait défaut, et à plus forte raison encore lorsqu'avec cet état il existe une diminution dans la production des composés chloro-organiques acides, on voit souvent apparaître, pour peu que la digestion soit prolongée, un degré plus ou moins accentué de fermentation lactique. Il y a déjà longtemps que j'ai signalé la fréquence et l'intensité de la fermentation lactique chez les cancéreux hypopeptiques, sans avoir toutefois attribué à ce fait une réelle valeur diagnostique, l'acide lactique se rencontrant souvent en dehors du cancer.

## § III.

L'étude des maladies de l'estomac, facilitée aujourd'hui par une méthode scientifique précise, est loin d'être achevée. Il est nécessaire pour la mener à bonne fin de recueillir un grand nombre de nouvelles observations cliniques. Ne vous paraît-il pas désirable que ces observations soient comparables entre elles, que tout médecin voulant concourir à ce travail puisse utiliser les documents recueillis par les autres observateurs?

Or, on ne s'entend même pas aujourd'hui sur le choix du repas d'épreuve. Il est clair, cependant, que pour apprécier l'état pathologique, il est indispensable de connaître l'état normal. Vous serez donc étonné d'apprendre que les promoteurs de repas spéciaux n'ont pas pris la peine d'étudier la digestion normale du repas qu'ils font faire à leurs malades.

Avant tout donc, il faudrait tomber d'accord sur l'emploi du repas d'Ewald dont la digestion nous est bien connue.

L'uniformité dans les opérations chimiques relatives à l'examen du suc gastrique ne serait pas moins nécessaire.

Le procédé de M. Winter, que j'ai adopté, a soulevé quelques critiques. M. Winter me paraît avoir répondu victorieusement à toutes les objections. Mais je ne veux pas m'en rapporter à lui. Tous ceux qui ont travaillé d'une manière suivie avec son procédé en ont reconnu l'exactitude. Parmi eux, je citerai notamment le Dr K. Wagner, de Saint-Pétersbourg, et les médecins italiens, Cavallero et Riva-Rocci. J'accorde surtout une grande valeur à l'opinion autorisée de deux chimistes russes, Mizerski et Nencki, qui terminent leur remarquable mémoire par des conclusions que je crois devoir transcrire :

« 1° Les procédés fondés sur l'emploi des réactifs colorants n'étant pas exacts, ne doivent pas être employés en clinique ;

« 2° Des trois procédés que nous venons d'étudier, ceux de Sjöqvist, de Sehmann, de Winter, le procédé chlorométrique est le seul qui réponde aux exigences de la pratique pour les motifs suivants : il permet de doser l'acide chlorhydrique sous les divers états où il se trouve dans le contenu stomacal ; il est tout à fait exact au point de vue analytique ; il est simple et d'un emploi facile.

« En raison de tous ces avantages, et en considérant que l'emploi d'un procédé universellement adopté pourra seul donner des résultats bien comparables entre eux et capables de jeter plus de lumière sur la pathologie de l'estomac et sur la thérapie, il est à désirer que le procédé chlorométrique soit seul employé dans les études cliniques et physiologiques du contenu de l'estomac. »

## § IV

Les trois précédents paragraphes sont la reproduction du rapport que j'ai présenté au premier Congrès de médecine interne, tenu récemment à Lyon. C'est le résumé succinct et très condensé des recherches que je poursuis depuis plusieurs années sur les gastropathies. Il s'appuie sur plus de 500 observations à l'occasion desquelles il a été pratiqué plus de 3,000 analyses de suc gastrique, exécutées presque toutes par M. Winter et par mon préparateur, M. Carrion. Dans 55 cas, l'estomac a été l'objet d'une étude histologique. Sur ces 55 cas, 17 fois l'organe a été recueilli dans des conditions telles qu'il n'existait pas la moindre altération *post-mortem* et dans la plupart des autres, les modifications cadavériques qui avaient pu se produire n'empêchaient en aucune façon l'étude des altérations qui s'étaient développées pendant la vie. Grâce au zèle de mes internes, MM. Pineau et Thiercelin, et surtout de mon chef des travaux anatomiques, M. Parmentier, je possède une belle collection de préparations histologiques, quelques-unes absolument parfaites, qui mettent en lumière toutes les variétés de la gastrite. Un certain nombre de ces préparations ont été montrées à mes élèves, à mes collègues de l'hôpital Saint-Antoine et à quelques-uns des membres de la Société médicale des hôpitaux.

Il n'est pas une assertion, pas un mot de mon rapport qui ne s'appuient, soit sur des expériences, soit sur des observations cliniques, soit encore sur des examens histologiques.

Je crois donc pouvoir dire que j'ai placé la question sur son véritable terrain : celui de l'observation clinique précise, éclairée par l'ouverture des corps.

Dès qu'une question médicale est entrée dans la voie traditionnelle qui est la bonne, elle suit forcément une évolution régulière. Elle parcourt d'abord une première phase, celle de l'observation des phénomènes morbides. Cette observation se perfectionne peu à peu, au fur et à mesure que les moyens d'étude deviennent plus exacts et plus scientifiques.

Le chimisme stomacal, exécuté à l'aide des procédés que j'ai indiqués, a fait faire un pas décisif à la séméiologie des gastropathies. La question est entrée dans la seconde phase de son évolution scientifique, ou phase

anatomo-pathologique, le jour où l'on s'est préoccupé de l'étude des lésions pouvant correspondre aux phénomènes objectifs révélés par l'étude de la fonction chimique de l'estomac. La troisième phase ou pathogénique est celle qui nous conduit à l'extrême limite des connaissances que nous pouvons acquérir, car elle nous apprend à reconnaître la genèse de la lésion. (Voir *Leçons cliniques in Bull. médical* n° 9, 1894.)

La plupart des maladies chroniques non spécifiques nous offrent des problèmes tellement complexes à résoudre que l'étude en est arrivée à peine au seuil de la troisième phase. Les gastrites chroniques, dont je viens tout dernièrement d'ébaucher l'anatomie pathologique, vont pouvoir à leur tour entrer dans cette troisième phase.

Nous sommes en présence, d'une part, de certains signes de maladies, de l'autre, de lésions qui leur correspondent. Quel est le mode de formation de ces lésions ? Sur ce point, si l'on fait abstraction des quelques notions que nous possédons sur l'action des substances toxiques et médicamenteuses, tout est à faire.

Telle n'a pas été l'opinion des médecins qui ont pris part à la discussion soulevée par mon rapport au Congrès de médecine de Lyon.

Faisant sortir la question du cadre étroit où j'ai cru devoir l'enfermer pour ne pas entrer dans le champ des hypothèses, ils ont tout compris, tout expliqué. Les affections gastriques n'ont plus de secrets pour eux : ils en connaissent l'origine et le mode de développement ; ils savent à merveille quelle est la filiation des phénomènes morbides et n'éprouvent aucune difficulté à déterminer et à dénommer les espèces nosologiques.

L'un d'eux, M. Fr. Glénard, qui est décidément un théoricien, ne se laisse pas distraire par les questions chimiques; il s'inquiète encore moins de l'histologie pathologique. Il donne un coup de pouce à l'estomac et le fait disparaître entre l'entéroptose d'une part et l'hépatisme, de l'autre.

Un histologiste, M. Renaut, qui a la bonne fortune d'être doublé d'un clinicien, n'ayant pu se procurer que des estomacs digérés, en conclut, sans plus ample informé, que les lésions que j'ai décrites ne peuvent être que des lésions d'auto-digestion. Il a eu tort de ne pas jeter un simple coup d'œil sur les préparations que j'avais mises à sa disposition.

Tels se sont montrés les représentants de l'école de Lyon.

Les autres contradicteurs ont mis en doute la valeur diagnostique du chimisme gastrique en invoquant la variabilité des résultats qu'ils ont obtenus, et ils ont nié la corrélation que je cherche à établir entre les lésions et les signes observés pendant la vie. Quelques-uns ont ajouté que le chimisme ne leur a fourni que des indications thérapeutiques de valeur nulle ou douteuse.

Ces opinions étaient appuyées, penserez-vous, sur des preuves décisives. Détrompez-vous. Presque tous se sont flattés de faire leurs analyses par des moyens expéditifs. Le procédé de M. Winter est exact, dit M. Bourget, mais c'est un procédé de laboratoire. Puisqu'il en est ainsi, pourquoi le réserverait-on pour les chiens et n'en ferait-on pas bénéficier les malades?

Aucun d'eux ne s'est donné la peine de tracer la courbe évolutive de la digestion, à plusieurs reprises chez le même malade, avant d'invoquer

la variabilité des résultats analytiques et de subordonner les déviations chimiques aux désordres primitifs du système nerveux.

Aucun d'eux, que je sache, n'a recueilli une observation complète, avec examen histologique de la muqueuse gastrique, avant de risquer une opinion sur les rapports qui peuvent exister entre les signes et les lésions.

Pourquoi se donner tant de peine? M. Hayem perd bien du temps et en fait perdre singulièrement à ceux de ses élèves qui passent un grand nombre d'heures à faire des analyses chimiques ou des préparations histologiques.

N'est-il pas clair que les gastropathies ont pour origine un trouble fonctionnel ou statique; Qu'il ne peut être question que de troubles névromoteurs ou de lésions de la sensibilité? Le démontrer, est inutile; cela n'est-il pas de toute évidence?

Seul, M. Sollier a apporté dans la discussion un fait d'observation. Aidé par un de mes élèves, il a montré que chez les hystériques hypnotisables on peut modifier la marche évolutive de la digestion, en anesthésiant l'estomac par simple injonction. C'est là une preuve intéressante de l'influence que le système nerveux sympathique et vaso-moteur peut exercer sur la sécrétion stomacale. Personne, ce me semble, ne conteste la possibilité d'une pareille influence et le présentateur a eu tort d'en tirer des conséquences que son expérience ne comporte pas, en mettant en doute, dans les cas ordinaires, la subordination de l'évolution digestive à l'état structural de l'estomac.

Concluons. Il est regrettable que la première discussion qui se soit engagée entre médecins de langue française sur une question d'une si grande portée pratique, ait été un peu confuse et dépourvue d'intérêt scientifique. Mais on devait s'y attendre. C'est beaucoup qu'elle ait figurée au programme et attiré à un si haut degré l'attention du monde médical.

---

# RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

*Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1894.*

## A

**Abcès.** — Abcès cutanés et sous-cutanés récidivants chez les jeunes enfants, par Hallopeau. (*Soc. franç. de dermat.*, 2 août.) — Des injections iodoformées dans le traitement des abcès par congestion, par Kirmisson. (*Cong. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 28 octobre.)

**Abdomen.** — Sur le drainage abdominal, par Cushing. (*Boston med. Journal*, 30 août.) — Phlegmons et abcès péri-ombilicaux, par Commandeur. (*Gaz. hebd. Paris*, 7 juillet.) — Des indications de l'intervention précoce dans les contusions abdominales, par Février. (*Rev. méd. de l'Est*, 8, p. 242.) — Laparotomie pour péritonite consécutive à une contusion de l'abdomen ; épanchement purulent. Guérison, par Schlatter. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 février.) — Plaie abdominale par instrument piquant avec hernie des intestins perforés. Suture immédiate de la plaie pariétale seule. Suture secondaire et réduction des intestins. Guérison, par Schlatter. (*Ibid.*, 15 février.) — Kyste volumineux inclus dans la paroi utérine, hystérectomie abdominale, par Maunoury. (*Soc. anat. Paris*, 15 juin.)

**Accouchement.** — Fonctionnement de la clinique d'accouchements de la Faculté de Toulouse depuis son inauguration, par Crouzat. (*Midi méd.*, 2 septembre.) — Éléments d'anatomie et de physiologie génitale et obstétricale, par A. Pozzi. (In-18, 288 p., *Paris.*)—L'antisepsie en obstétrique, par Henrotay. (*Bull. Soc. de méd. Anvers*, mars.) — Polémique sur des questions d'obstétrique, par Pazzi. (Broch., *Bologne.*) — Mécanisme du travail, par King. (*Americ. j. of obst.*, octobre.) — Recherches sur l'inutilité des lavages vaginaux dans les accouchements normaux et de l'auto-infection, par Leopold. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 3.) — Sixième note sur les accouchements sans désinfection interne, par Mermann. (*Ibid.*, 18 août.) — De l'hystérie, de l'épilepsie et de la chorée pendant la grossesse et le travail, par Beulque. (*Thèse de Lille.*) — Des positions transversales du sommet au détroit inférieur du bassin, par Murat. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 1.) — De la méthode de Credé à la période de délivrance, par Pelzer. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 3.) — Etiologie du caput obstipum, par Kru-

KENBERG. (*Ibid.*, XLVI, 3.) — Cœur gras comme cause de mort subite dans le travail, par EAMES. (*Lancet*, 28 juillet.) — Traitement des présentations de la face, par REYNOLDS. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — De la conduite à tenir dans l'accouchement par le siège, par MONIER. (*Thèse de Lille.*) — Note sur l'absence ou la présence des nœuds du cordon, par LOVIOT. (*Nouv. arch. d'obst.*, juillet.) — De la légitimité de la provocation de l'accouchement dans l'albuminurie gravidique, par PUECH. (*Ibid.*, mars.) — Dystocie par hygroma congénital du cou avec œdème du placenta, par STRASSMANN. (*Berl. klin. Woch.*, 5 mars.) — De l'extraction combinée par le forceps et les manœuvres externes dans les présentations antérieures du sommet, par OSTERMANN. (*Ibid.*, 5 mars.) — Causes des hémorragies après l'accouchement, par J. VEIT. (*Ibid.*, 2 avril.) — Mort du fœtus par procidence du cordon avant la rupture des membranes et le début apparent du travail, par GALLOIS. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 septembre.) — Observation d'un cas d'inertie utérine survenue après la dilatation complète. Application de forceps. Dégagement de la tête en OS. Déformation de cette dernière, par GILIS. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 mai.) — Observation d'un cas de rétention et adhérence du placenta avec spasme de l'utérus; délivrance artificielle onze heures après la naissance de l'enfant, par GILIS. (*Ibid.*, 2 juin.) — Accouchement avec soudure complète des parois du col utérin, par VOINALOWITCH. (*Vratch*, 4 août.) — Sur l'application du forceps au détroit supérieur, par ROBILLIARD. (*Thèse de Lille.*) — Dystocie par procidence du pied dans une présentation du sommet, par GAUTIER. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, p. 776.) — Des ruptures utérines pendant le travail, par LABUSQUIÈRE. (*Ann. de gynéc.*, août.) — Pronostic des applications de forceps à la clinique de Bâle, par SCHMID. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 1.) — Rupture de la cloison vagino-rectale pendant l'accouchement, sans déchirure du périnée, suture immédiate, par BAUDRY. (*Ann. de Gynéc.*, juillet.) — Deux cas de rupture utérine complète pendant le travail; un décès, une guérison, par LOIN. (*Arch. de tocol.*, juillet.) — De la dystocie, par DEMELIN. (*Journal des Praticiens*, 15, p. 169.) — De la provocation de l'accouchement prématuré. Excitation électrique des mamelons. Ecarteur utérin de Tarnier, par SONDHEIMER. (*Münch. med. Woch.*, 21, p. 409.) — Indications de l'accouchement prématuré, par BARNES. (*Lancet*, 11 août.) — De l'avortement ou de l'accouchement prématuré dans la tuberculose pulmonaire, par LOP. (*Arch. de tocol.*, août.) — Sur l'accouchement prématuré artificiel dans les rétrécissements du bassin, par WALTER. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVI, 19.) — Du danger des manœuvres obstétricales abortives, par ARON et CHARPENTIER. (*Bull. Acad. méd.*, 28 août.) — De l'usage de la strychnine dans la pratique obstétricale, par DUFF. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 août.) — Version ou symphyséotomie, par WEHLE. (*Münch. med. Woch.*, 24, p. 492.) — De la symphyséotomie et de ses indications, par BUSCHBECK. (*Ibid.*, 25, p. 489.) — Un cas de symphyséotomie, par FLATAU. (*Ibid.*, 14.) — De la symphyséotomie comparée à l'opération césarienne, par MÜLLER et NOORDEN. (*Berl. klin. Woch.*, 27 novembre 1893.) — De la symphyséotomie dans la pratique hospitalière, par MÜLLER et FEHLING. (*Ibid.*, p. 832 et 833.) — La symphyséotomie, par VARNIER. (*Rev. gén. des sc.*, 15 août.) — Sur la symphyséotomie, par DAVIS, (*Boston med. Journ.*, 23 août.) — Symphyséotomies en Amérique, par JEWETT. (*N. York med. j.*, 22 septembre.) — Un cas de symphyséotomie, mère et enfant vivants, par PERRIN. (*Arch. de tocol.*, septembre.) — Etude expérimentale sur l'indication de la symphyséotomie dans les accouchements en présentation du front, par VALLOIS. (*Ibid.*, août.) — Symphyséotomie d'urgence, par WALLICH. (*Ann. de gynéc.*, août.) — Observation de symphyséotomie, par CRIMAIL. (*Ibid.*, juillet.) — Un cas de symphyséotomie dans un bassin rétréci diam.-conjugué, 7 cas, par SCHWARZ. (*Cent. f. Gy-*

*naek.*, 8 septembre.) — De la symphyséotomie, par Solowij. (*Ibid.*, 8 septembre.) — Suites de la symphyséotomie, par von Wœrz. (*Ibid.*) — Des suites de la symphyséotomie, par von Fernwald. (*Ibid.*, 15 septembre.) — Symphyséotomie sans suture osseuse, remarques sur la note de Fenomenow et de Kotschetkow, par Buessemaker. (*Ibid.*, 15 septembre.)

**Acné.** — Un cas d'acné rosacée hypertrophique opérée avec succès, par Lund. (*Boston med. Journal*, 13 septembre.) — De l'acné nécrotique, par Dubreuilh. (*Arch. clin. Bordeaux*, août.) — Traitement des acnés rebelles par la cautérisation ignée, par Perrin. (*Bull. méd.*, 19 septembre.)

**Acromégalie.** — De l'acromégalie, par P. Blocq. (*Gaz. hebd. Paris*, 13 janvier.)

**Actinomycose.** — Sur un cas d'actinomycose au Caire, per Kaufmann. (*Fortschr. der Med.*, 10, p. 385.) — Actinomycose de l'oreille moyenne, par Zaufal. (*Prager med. Woch.*, 5 juillet.) — De l'actinomycose chez l'homme, 18 cas, par von Bonsdorff. (*Finska läkar. handlingar*, XXXVI, 10.) — Actinomycose et botryomycose, par Leclainche. (*La médecine moderne*, 31 janvier.) — Actinomycose reconnue par l'examen des crachats, par Dor. (*Lyon méd.*, 16 septembre.) — Actinomycose du foie, par Moser. (*N. York med. j.*, 11 août.) — Traitement de l'actinomycose cutanée, par Staub. (*Therap. Monats*, octobre.)

**Addison (Mal. d').** — Sur le rôle des clasmatocytes dans la chromoblastose addisonnienne, par Audry. (*Midi méd.*, 29 juillet.) — La capsule surrénale et la cause de la maladie d'Addison, par Auld. (*Brit. med. j.*, 6 octobre.)

**Ainhum.** — De l'ainhum, par de Brun. (*Semaine méd.*, 5 septembre.)

**Albumine.** — La sécrétion ou transsudation de l'albumine dans les cas d'albuminurie, par Boyd. (*Edinb. med. j.*, septembre.) — Etats pathologiques créés par certaines toxalbumines, par Flexner. (*Med. News*, 4 août.) — Les réactions de la nucléo-albumine avec les réactifs ordinaires de l'albumine ; difficultés de les distinguer de celles de la séro-albumine, par Stewart. (*Ibid.*, 14 juillet.) — La digestion pepsique de l'albumine, par Herzen. (*Rev. gén. des sc.*, 15 septembre.) — De l'influence du dédoublement des albuminoïdes sur l'excrétion du soufre neutre, par Savelieff. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXVI, 1.) — L'albuminurie persistante et la glycosurie, avec tubes hyalins dans les affections nerveuses fonctionnelles, par Gray. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.) — De l'albuminurie cyclique, par Reckmann. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVIII, 2 et 3.) — Albuminurie cyclique et néphrite, par Osswald. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 1 et 2.) — Albuminurie scarlatineuse persistante, par Colrat. (*Lyon méd.*, 14 octobre.) — Inconvénients du régime lacté chez les albuminuriques, par de Grandmaison. (*Méd. moderne*, 22 septembre.)

**Alcoolisme.** — Asiles de buveurs, par Marandon de Montyel. (*Gaz. des hôp.*, 18 septembre.) — L'alcoolisme dans la société, par Capitan. (*Rev. de l'anthrop.*, 15 août.) — De l'assistance et de la législation relatives aux alcooliques, par Ladame. (*Cong. des méd. alién.; Arch. de neurol.*, septembre.) — Effets de l'alcool sur l'homme, étude expérimentale, par Wilkins. (*N.-York med. j.*, 22 septembre.) — Etude des effets de l'air vicié dans la provocation de l'ivresse, par Crothers. (*Journal Americ. med.*

*Ass.*, 25 août.) — De l'origine hépatique de certains délires des alcooliques, par KLIPPEL. (*Ann. méd. psych.*, septembre.) — Hôpitaux d'alcoolisés, par ROUBY. (*Ibid.*) — Des dangers de l'administration de l'alcool aux enfants sous la forme dite de canards à l'eau-de-vie, par BOUFFÉ. (*Journ. méd. Paris*, 21 octobre.) — Traitement du delirium tremens, par BELLAMY. (*N.-York med. j.*, 21 juillet.)

**Aliénation.** — De la nécessité de la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels, par TRUCHON. (*Thèse de Lyon.*) — L'accroissement de l'aliénation en Irlande, par DRAPES, TUKES. (*Journ. of mental sc.*, octobre.) — La responsabilité criminelle en Irlande, par WOODS. (*Ibid.*) — La législation des aliénés en Irlande, par EUSTACE. (*Ibid.*) — Notions récentes sur la pathologie de l'aliénation, par ANDRIEZEN. (*Ibid.*, octobre.) — Le patronage des aliénés en France, par FÉRÉ. (*Rev. scientif.*, 25 août.) — Notice sur l'asile départemental d'aliénés de Bonneval, par CAMUSET. (*Arch. de neurol.*, septembre.) — Toxicité du suc gastrique chez l'aliéné, par MASETTI. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 2.) — La sialorrée des aliénés, par CRISTIANI. (*Ibid.*, XX, 2.) — Lésions histologiques typiques du cerveau dans l'aliénation, par MIDDLEMASS et ROBERTSON. (*Journ. of mental sc.*, octobre.) — Quelques conditions anormales des organes génitaux associés à la mélancolie ou à la manie, par WYLIE. (*Medical Record*, 4 août.) — Les affections pelviennes et leurs rapports avec la folie chez la femme, par BROWN. (*Americ. j. of obst.*, septembre.) — Des délires systématisés dans les diverses psychoses, par MAGNAN. (*Arch. de neurol.*, octobre.) — La valeur des signes de dégénérescence dans l'étude des maladies mentales, par NAECKE. (*Ann. méd. psych.*, septembre.) — De la céphalalgie dans les maladies mentales, par CULLERRE. (*Ibid.*, juillet.) — Les hallucinations et le dédoublement de la personnalité ; les persécutés possédés et la variété psycho-motrice du délire des persécutions systématiques, par SÉGLAS. (*Ibid.*, juillet.) — Le suicide comme signe de trouble mental, par SAVAGE. (*Guy's hosp. Rep.*, L, p. 7.) — Sur les formes de la folie chez l'enfant et chez l'adolescent, par GAUBERT. (*Thèse de Toulouse.*) — Des folies rurales, la folie dans l'Aveyron, par FENAYROU. (*Ibid.*) — De la prophylaxie des troubles mentaux, par CURWEN. (*Journ. of mental sc.*, octobre.) — De la folie morale et de ses rapports avec la criminalité, par BENEDIKT. (*Ibid.*) — Nécessité d'une législation contre le suicide, par STRAHAN. (*Ibid.*) — Emploi du chloralose en aliénation mentale, par CHOCREAUX. (*Thèse de Lille.*) — Traitement des aliénés, par BROWN. (*Medical Record*, 8 septembre.) — De la suggestion dans le traitement de la manie aiguë, par GIVENS. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 28 juillet.)

**Alimentation.** — De l'emploi du gluten de blé dans l'alimentation de l'homme par Carl VOIT. (*Arch. f. Hyg.*, XVII et *Hyg. Rundsch.*, IV, 1, p. 30.)

**Allaitement.** — Sécrétion excessive de lait, par SMITH. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Allaitement des nourrissons par le lait stérilisé, par BUDIN. (*Bull. Acad. méd.*, 17 juillet.) — Atrophie de l'utérus dans l'allaitement, par ENGSTROEM. (*Cent. f. Gynaek.*, 22 septembre.)

**Amputation.** — Amputation de l'extrémité supérieure, omoplate et clavicule ; une observation, et désarticulation du bras, 4 cas, moyens d'hémostase, par KEEN. (*Americ. surg. Ass.*, 29 mai.) — Amputation de la hanche sans hémorragie ; 43 cas, par WYETH. (*Lancet*, 27 octobre.) — Hémostase préventive dans les désarticulations de la hanche, par CHALOT. (*Cong. franç. de chir.; Bull. méd.*, 24 octobre.) — La désarticulation du genou à lambeau

postérieur, par Lejars. (*Gaz. des hôp.*, 7 août.) — 18 désarticulations du genou par la méthode de Hagedorn, par Habs. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 mai.) — Désarticulation du genou, par Montaz. (*Dauphiné med.*, 1er juin.) — Un cas d'amputation des deux jambes par la méthode de Bier, par Isnardi. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVII, 9 et 10.) — Technique des amputations des membres inférieurs, par Credé. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 3.) — Règles qui doivent présider à la confection des moignons, par G. Roux. (*Marseille méd.*, 4, p. 118.)

**Amygdale.** — Réflexes amygdaliens, par Joal. (*Rev. de laryng.*, 5 août.) — Névrite optique d'origine réflexe amygdalienne, par Menacho. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — Des abcès péri-amygdaliens, par Gouguenheim et Ripault. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 juillet, et *Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — Paralysie générale dans une amygdalite simple chez un enfant de 3 ans mort par syncope le 3e jour, par Thomas. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, p. 202.) — La nature de l'amygdalite dite folliculaire, ses rapports avec les lésions infectieuses, par Wolfenden. (*Journ. of laryng.*, VIII, 8.) — Des inflammations aiguës récidivantes de l'amygdale et de la gorge et de leur traitement (ablation ou discission avec un instrument spécial, par Corradi. (*Arch. ital. di otol.*, II, 3.) — Sur un calcul de l'amygdale, par Campenni et Arena. (*Ibid.*, XIV, 3.) — Des calculs de l'amygdale, par Lange. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 1 et 2.) — Hypertrophie de l'amygdale linguale, par Chamberlin. (*Virginia med. monthly*, août.) — Sur l'ablation des amygdales, par Marcel. (*Wiener med. Presse*, 29 juillet.) — Le galvanocautère dans les affections de l'amygdale, par Cipriani. (Broch. *Palerme.*) — Chancre syphilitique de l'amygdale, par Du Castel. (*Journal des Praticiens*, 14, p. 157.)

**Anatomie.** — Précis d'anatomie topographique chirurgicale, par O. Hildebrand. (*Wiesbaden.*)—Morgagni et l'idée anatomique, par Rudolf Virchow. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 avril.) — L'enseignement de l'anatomie, par Keiller. (*N.-York med. j.*, 8 septembre.)

**Anémie.** — Sur l'anémie tropicale, par Navarre. (*Lyon méd.*, 19 août.) — Etude de cas d'anémie au moyen de l'hémomètre, par Stone. (*Boston med. Journal*, 23 août.) — De l'importance du botriocéphalus latus dans l'étiologie de l'anémie pernicieuse, par G. M. Vlaiev. (*Vratch*, 23 juin.) — Cinq cas d'anémie pernicieuse, recherche du fer dans les viscères, examen de l'urine, par Hopkins. (*Guy's hosp. Rep.*, L, p. 349.) — Les facteurs de l'anémie dans les maladies respiratoires, par Chabory. (*Progrès médical*, 16 juin.) — Pathologie de l'anémie pernicieuse, par Moser. (*N.-York med. j.*, 21 juillet.) — Un cas d'anémie pernicieuse avec lésions de la moelle, par Roesebeck. (*Thèse de Gottingue.*) — Emploi de la ferratine dans l'anémie, par Harold. (*Practitioner*, août.)

**Anesthésie.** — De l'anesthésie par infiltration, par Schleich. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Notes pratiques sur l'anesthésie par l'éther, par Porter. (*Med. News*, 8 septembre.) — Pour l'anesthésie par l'éther, par Fritsch. (*Cent. f. Gynaek*, 1er septembre.) — De l'action du chloroforme, par Randall et Cerna. (*Med. News*, 25 août.) — De l'anesthésie chloroformique, nouvel appareil, par Vulpius. (*N.-York med. j.*, 13 octobre.)—La narcose par l'éther, par Ziegler. (*Münch. med. Woch.*, 23, p. 452.) — La narcose avec le salicylide-chloroforme (combinaison de chloroforme avec l'anhydride salicylique), par Schmid. (*Ibid.*, 26, p. 513.)—Recherches expérimentales sur certains accidents de l'anesthésie, par L. Guinard. (*Bull. de*

*thérap.*, 30 octobre.) — Un cas de mort par le chloroforme chez un enfant de 6 mois, insuccès de la méthode Laborde, par Briquet. (*Lyon méd.*, 29 juillet.) — Des vomissements après éthérisation, par Blake. (*Boston med. Journal*, 27 septembre.) — Action anesthésique locale de la spartéine, par Guinard et Geley. (*Soc. de biol.*, 21 juillet.) — Analgésie par la cocaïne, par Abadie. (*Thèse de Toulouse.*)

**Anévrisme.** — Les pulsations laryngo-trachéales dans l'anévrisme de l'aorte, par Cardarelli. (*Riforma med.*, 6 juin et 2 juillet.) — Nouveau signe de l'anévrisme latent de l'aorte, par Glasgow. (*N.-York med. j.*, 15 septembre.) — Anévrisme du tronc brachio-céphalique, ligature des artères carotide et sous-clavière, par Martel. (*Lyon méd.*, 12 août.) — Anévrisme de l'artère basilaire, rupture, mort, par Apert. (*Soc. anat. Paris*, 8 juin.) — Anévrisme de la carotide et du sinus caverneux, par Williamson. (*Brit. med. j.*, 13 octobre.) — Anévrisme de la 3e portion de la sous-clavière, par Monod. (*Bull. Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 25 juillet.) — Anévrisme fémoral; mort malgré la ligature de la fémorale, par Viard. (*Ibid.*, 18 juillet.) — Anévrisme de la cubitale, par E. Schwartz. (*Journal des Praticiens*, 18, p. 205.) — Anévrisme poplité diffus. Ligature de la fémorale. Guérison, par Reboul. (*Cong. franç. chir.* et *Bull. méd.*, 24 octobre.) — Le premier cas d'anévrisme poplité traité par la compression, par Wilks. (*Guy's hosp. Rep.*, L, p. 1.)

**Angine.** — Etude bactériologique des angines aiguës non diphtériques, par Veillon. (*Rev. mal. de l'enf.*, octobre.) — De l'angine à streptocoques, par Jaccoud. (*Union médicale*, 5 juillet.) — Un cas d'angine de Ludwig, par Stover. (*Med. News*, 21 juillet.) — Atrésie des coronaires consécutive à une aortite, angine de poitrine, mort, par Desplats. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 juillet.) — Névrite du plexus cardiaque et angine de poitrine, par Lancereaux. (*Bull. Acad. méd.*, 17 juillet.)

**Angiome.** — De l'angiome primitif des muscles striés, par Bonnet. (*Thèse de Toulouse.*)

**Antisepsie.** — La propreté, le meilleur des antiseptiques, par Ulrich. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 août.) — Désinfection des couteaux pour les opérations, par Ihle. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.)

**Anus.** — De l'anus imperforé congénital, par Gevaert. (*La Clinique, Bruxelles*, 2 mai et *Arch. de tocol.*, août.) — De l'imperforation ano-rectale, par Frœlich. (*Gaz. hebd. Paris*, 4 août.) — L'anus vaginal et son traitement, par Buckmaster. (*N.-York med. j.*, 11 août.) — De l'entérorraphie circulaire appliquée au traitement des anus contre nature d'origine herniaire, par Jeannin. (*Thèse de Lyon.*) — Anus contre nature, entérorraphie, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 26 août.) — Anus contre nature crural consécutif à une hernie gangrenée, suture par abrasion, par Mordret. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 478.) — Sur le traitement des anus contre nature, 35 observations, par Chaput. (*Ibid.*, XX, p. 480.) — Traitement des anus contre nature et des fistules stercorales, 35 observations, par Chaput. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Traitement des fistules anales, par Mc Fadden Gaston. (*Journal Americ. med. Ass.*, 14 juillet.) — Traitement des fistules anales, par Somers. (*Ibid.*, 14 juillet.) — Etiologie et traitement de la fistule intestinale et de l'anus artificiel, par Senn. (*Americ. j. of obst.*, septembre.) — Fistules multiples de l'anus, par Tillaux. (*Journal des Praticiens*, 32, p. 373.)

**Aorte.** — Des anévrismes des valvules de l'aorte, par SERGENT. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.) — Un cas de rétrécissement aortique congénital, par K. CIAGLINSKI. (*Gaz. lek.*, juillet.)

**Appareil.** — Une seringue à injections stérilisable, par LŒFFLER. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 18.) — Nouvelle lampe électrique pour examen, par WINCKLER. (*Arch. f. Laryngol.*, II, 1.) — Nouvel appareil pour l'examen de la gorge chez l'enfant, par MENSI. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVII, 9 et 10.) — Diapason électrique, par JOUSLAIN. (*Bull. Soc. de laryng. Paris*, juin.) — Sur un nouveau sphygmomanomètre, par BASCH. (*Wiener med. Presse*, 12 août.) — Nouvelle pince chirurgicale à la fois écarteur et pince, par KEMPERDICK. (*Münch. med. Woch.*, 14, p. 269.) — Tire-balles téléphonique, par MIÉVILLE. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 mars.) — Hamac-lit colonial, par BÉRILLON. (*Rev. d'hyg.*, mars.) — Appareil de Beck, modifié par Kohler, pour soulever les malades alités, par SONNENBURG. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 mars.) — D'une modification du bandage en bois de Waltuch (appareils contentifs amovibles en plâtre et gélatine), par ALBERS. (*Ibid.*, 5 février.) — Les appareils en ouate plâtrée de Breiger, par Carl SCHLATTER. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 avril.) — Le coton tissé comme appareil de bandages, par CROSS. (*Med. News*, 29 septembre.) — Appareil pour le traitement des fractures de la diaphyse du fémur, par GUÉZENNEC. (*Arch. de méd. nav.*, juillet.) — Nouveau spéculum vaginal, par DOUGLAS. (*Americ. j. of obst.*, septembre.) — Nouvel appareil de douche vaginale, par BOZEMAN. (*N.-York med. j.*, 29 septembre.) — Double crochet destiné à être appliqué sur le siège décomplété, mode des fesses, variété SA, par TSAKIRIS. (*Gaz. des hôp.*, 13 septembre.) — Notice historique sur le couteau courbe à amputation, par C. STREISGUTH. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XIV, 2.)

**Artère.** — Pathologie de l'artério-sclérose, par WEBER (*Americ. j. of med. sc.*, septembre.) — Traitement de l'artério-sclérose, par LYON. (*Gaz. hebd. Paris*, 1er septembre.) — De l'arcade artérielle transverse du pied et de son oblitération comme cause de métatarsalgie, par GOLDTHWART. (*Boston med. Journal*, 6 septembre.) — Plaie de la carotide interne, par SCHWARTZ. (*Bull. Acad. de méd.* et *Bull. méd.*, 18 juillet.) — Perforation de l'artère iliaque externe au cours d'une appendicite perforante, hémorragie, mort, par SOURDILLE. (*Soc. anat. Paris*, 15 juin.) — Sur la ligature simultanée de l'artère et de la veine fémorales dans le triangle de Scarpa, par MOULINIER. (*Thèse de Toulouse.*) — Artérite oblitérante de la fémorale, suivie d'atrophie musculaire du membre inférieur, par COLLET et CHATIN. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 août.)

**Articulation.** — Articulations adventices, par TYRIE. (*Edinb. med. j.*, nov.) — Sur l'articulation coxo-fémorale et sur la pression atmosphérique, par N. GERKEN. (*Vratch*, 16 juin.) — De l'articulation temporo-maxillaire, par BERTRAND. (*Thèse de Bordeaux.*) — Structure des synoviales et des corps articulaires, par BRAUN. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 1 et 2.) — Les mouvements articulaires étudiés par la photographie, par MAREY. (*Rev. scientif.*, 23 juin.) — Les arthropathies trophiques au point de vue chirurgical, par CHIPAULT. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, VII, 5.) — Les arthropathies et l'état typhoïde, par ROBIN et LEREDDE. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — De l'entorse médio-tarsienne, par MARTIN. (*Journ. méd. Paris*, 9 septembre.) — Entorses et lésions articulaires, par BRADFORD. (*Boston med. Journal*, 16 août.) — Etiologie des difformités survenant dans les affections de l'articulation du genou, par PHELPS. (*Medical Record*, 4 août.) — Note sur un

cas d'hygroma d'une bourse séreuse infra-patellaire anormale (située entre l'aileron externe et le rebord correspondant du plateau tibial), par DELORE. (*Gaz. hebd. Paris*, 2 juin.) — Hygroma sous-deltoïdien tuberculeux, par DELORME. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 469.) — Diagnostic de l'arthrite tuberculeuse, par MILLER. (*Edinb. med. j.*, novembre.) — Sur les lésions diffuses des membres dans la tuberculose articulaire, par PILLIET. (*Arch. de méd. exp.*, VI, 5.) — Arthrite tuberculeuse de l'épaule, par TOWNSEND. (*N.-York med. j.*, 22 septembre.) — Tumeur blanche du coude, amputation du bras, par E. SCHWARTZ. (*Journal des Praticiens*, 24, p. 277.) — Des contractions de la hanche et de leur traitement, par TAUSCH. (*Münch. med. Woch.*, 25, p. 494.) — De la coxalgie vraie, par KOCHER. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVIII, 6.) — Traitement des abcès tuberculeux de la coxalgie par les injections de naphtol camphré, par MÉNARD. (*Cong. franç. de chir.* et *Bull. méd.*, 17 octobre.) — Le traitement chirurgical et mécanique actuel de la coxalgie tuberculeuse, par PIETRZIKOWSKI. (*Prager med. Woch.*, 34.) — De la traction latérale dans les affections de la hanche, par PAGE. (*Boston med. Journal*, 13 septembre.) — Traitement des tumeurs blanches du genou chez l'enfant, par GUILLEMAIN. (*Gaz. hebd. Paris*, 26 mai.) — Résultats de 13 interventions pour tumeurs blanches du genou, par SCUDDER. (*Boston med. Journal*, 2 août.)—Traitement de la tumeur blanche tibio-tarsienne, par HENDRIX. (*La Policl. Bruxelles*, 15 août.) — De l'arthrodèse, par DE BUCK et VANDERLINDEN. (*France méd.*, 1er juillet.)—Traitement des arthrites suppurées compliquées, par FRANKE. (*Cent. f. Chir.*, 22 septembre.)

**Asphyxie.** — La maladie de Raynaud, par SPILLMANN. (*Méd. mod.*, 18 août.) — Des asphyxies et méphitismes d'origine industrielle et des moyens à employer contre ces accidents, par LAYET. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 6 mai.) — De la marche des altérations de l'air dans l'asphyxie en vase clos, par LAULANIÉ. (*Arch. de phys.*, VI, 4.) — Un foudroyé doit être traité comme un asphyxié, par D'ARSONVAL. (*Limousin méd.*, 1er juin.) — L'asphyxie traitée par les injections hypodermiques d'ammoniaque, par SAUNIER. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er juin.)

**Asthme.** — Observations sur l'asthme reflexe, par BLAIR. (*Medical Record*, 18 août.)

**Astigmatisme.** — Action des muscles obliques dans l'astigmatisme, par WILSON. (*Arch. of opht.*, XXIII, 3.)

**Avortement.** — Avortement à 5 mois, placenta prœvia, par KEIFFER. (*Presse méd. belge*, 18 mars et *Arch. de tocol.*, juillet.)—De certains avortements répétés traités par le massage, par MALENGREAU. (*Ann. méd. chir. Belgique*, mai et *Arch. de tocol.*, septembre.) — Etude diagnostique et thérapeutique sur l'avortement, par GOLDBERGER. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 28 août.)—Traitement de l'avortement, par COOK. (*Americ. j. of obst.*, août.)—Traitement de l'avortement, par WELLS. (*Medical Record*, 22 septembre.)—Traitement de l'avortement, par ILL. (*Ibid.*, 6 octobre.) — Traitement de l'avortement, par DIRMOSER. (*Wiener med. Woch.*, 18 août.)

## B

**Bactériologie.** — Influence de la lumière sur les microbes, par Ward. (*Rev. scientif.*, 18 août.) — Sur l'action bactéricide de la lumière solaire, par Gamba. (*Riv. clin. e terapeutica*, n° 9, p. 449.) — Sur l'action sporicide des humeurs, par Leclef. (*La Cellule*, X, 2.) — Rapport entre le pouvoir pathogène des microbes et leur résistance au sérum, par Leclef. (*Ibid.*) — Recherches expérimentales sur la réaction des tissus embryonnaires contre les microbes, par Maffucci. (*Lo Sperimentale*, 18, p. 345.) — Culture des microbes anaérobies, par Lubinski. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, p. 20.) — Sur l'hémoglobine et ses dérivés comme milieu de culture pour les microbes pathogènes, par Filipowsky. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, III, 1.) — Hétéromorphisme des microbes sous l'influence des sels de lithine, par N.-Ch. Gamaleia. (*Vratch*, 12-19 mai.) — Modification de l'appareil de Wolffhügel pour dénombrer les colonies, par Georg Mie. (*Hyg. Rundsch.*, IV, n° 7, p. 294.) — Nouvel appareil pour compter les colonies dans les boîtes de Petri, par F. Lafar. (*Ibid.*, n° 8, p. 383.) — Des applications de la micrographie et de la bactériologie à la précision du diagnostic médical et chirurgical, par Aubeau. (*La Clin. française*, septembre.) — Sur la coloration des cils des bactéries, par Bunge. (*Fortschr. der Med.*, 12, p. 462.) — Remarquable bacille chromogène et pathogène identique avec le bacille chromo-aromaticus, par Mc Weeney. (*Brit. med. j.*, 6 octobre.) — Recherches sur les bactéries acétifiantes, par Housen. (*Ann. de microg.*, août.) — Contributio à la biologie des bacilles d'Eberth et banal du côlon, par E. Almquist (*Zeitschrf. f. Hyg.*, XV et *Hyg. Rundsch.*, IV, n° 11, p. 493.) — Sur un organisme trouvé dans l'eau et soupçonné d'avoir provoqué une épidémie de fièvre typhoïde, par Cameron et Weeney. (*Dublin Journal of med. sc.*, septembre.) — Nouvelles recherches sur le vibrion berlinois, par Carl Günther. (*Arch. f. Hyg.*, XIX; *Hyg. Rundsch.*, IV, n° 10, p. 441.) — Un cas de poliorroménite par staphylocoque aureus, par Olivieri. (*Riv. clin. e terap.*, août.) — Bactériologie clinique de la lèvre supérieure à l'état physiologique et dans l'eczéma pilaire, par Perrin et Aslanian. (*Soc. franç. de derm.*, 3 août.) — Sur le mécanisme de la virulence du staphylocoque pyogène, par Van de Velde. (*La Cellule*, X, 2.) — A propos d'une critique dirigée contre le pouvoir bactéricide des humeurs, par Denys. (*Ibid.*)

**Bain.** — Des effets physiologiques des bains chauds, par Wick. (*Wiener klin. Woch.*, 6 septembre.) — Sur les effets de la balnéation chaude et prolongée des membres, par Leredde. (*Soc. de biol.*, 20 octobre.) — Des bains froids dans les maladies infectieuses autres que la fièvre typhoïde, par Wiart. (*Gaz. des hôp.*, 4 août.)

**Bassin.** — Un cas de bassin cyphotique, par Vallois. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Sur un cas de fracture du bassin, du fémur, de lacération de la vessie; guérison, par Cunnane. (*Medical Record*, 21 juillet.) — 3 cas de fracture du bassin avec rupture de l'urètre, par Barada. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'écartement et de la rupture de la symphyse, par Braun von Fernwald. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 1.) — Myxomes à implantation osseuse sur le pubis, par Isidor. (*Soc. anat. Paris*, 29 juin.)

**Bec de lièvre.** — Bec de lièvre médian, par Cramer. (*Cent. f. Chir.*, 29 septembre.)

**Biliaire.** — Analyse de la bile, par Hammarsten. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 1.) — Recherches sur la vésicule biliaire, par Raynal. (*Thèse de Toulouse.*) — Lithiase biliaire, par A. Cardarelli. (*Il Morgagni*, mars.) — Un cas de lithiase biliaire, par Rendu. (*Journal des Praticiens*, n° 20, p. 229.) — Hémorragie mortelle par un anévrisme de l'artère hépatique dans la lithiase biliaire, par Martin Schmidt. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LII, p. 536.) — Lithiase biliaire, abcès du foie et abcès sous-phrénique, par Claude. (*Soc. anat. Paris*, 1er juillet.) — Traitement de la lithiase biliaire, par Ferrand. (*Gaz. des hôp.*, 4 septembre.) — Les indications de la cure chirurgicale dans la lithiase biliaire, par Galliard. (*Mercredi méd.*, 19 septembre.) — Cholécystectomie pour la lithiase limitée à la vésicule biliaire, par Broca. (*Gaz. hebd. de Paris*, 4 août.) — Dilatation du canal cholédoque consécutive à un abcès intra-abdominal, par Michael. (*Arch. f. Kinderh.*, XVII, 5 et 6.) — Pathologie et chirurgie des tumeurs de la vésicule biliaire, par Heddaeus. (*Beit. z. klin. Chir.*, XII, 2.) — Extirpation des calculs biliaires enclavés dans le canal cystique, par Kehr. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 3.) — Sur un cas de cholécysto-entérostomie, par Ricard. (*Gaz. des hôp.*, 24 juillet.)

**Blennorragie.** — Sur la biologie du gonocoque et sur l'anatomie pathologique du processus blennorragique, par Finger, Ghon et Schlagenhaufer. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, octobre.) — Sur la présence des gonocoques dans la sécrétion des glandes urétrales, par Cripps. (*Wiener med. Presse*, 24 juin.) — Un cas de blennorragie aiguë pendant l'accouchement, par K. Krakow. (*Gaz. lek.*, juin.) — De la blennorragie féminine, par Broese; Idem, par Witte. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 mars.) — Blennorragie suivie d'orchite chez un enfant de 13 ans, par Daviller. (*Bull. med. des Vosges*, juillet.) — Blennorragie contractée à l'âge de 103 ans, par Isaacs. (*Med. Record*, 14 avril.) — La stérilité dans les blennorrées latentes, par Glaender. (*Thèse de Berlin*, 1893.) — La période du déclin de la blennorragie chez l'homme, par Eraud. (*Semaine méd.*, 25 juillet.) — Urétro-cystite blennorragique compliquée d'emblée de purpura infectieux très grave, par Balzer et Lacour. (*Soc. franç. de dermat.*, 3 août.) — L'endocardite blennorragique, par H. Richardière. (*La Médecine moderne*, 24 janvier.) — Des cystites parablennorragiques ou cystites blennorragiques prolongées, par Bazy. (*Bull. méd.*, 5 août.) — L'ophtalmie blennorragique, par Trousseau. (*Journ. de méd. Paris*, 12 août.) — Existe-t-il un rhumatisme blennorragique, par Glaeser. (*Jahrb. Hamburg. Staatskr.*, III, 2.) — Du rhumatisme blennorragique et des suppurations péri-articulaires à gonocoques, par Batut. (*Midi méd.*, 23 septembre.) — Arthrite blennorragique, par Senator. (*Riforma med.*, 8 juin.) — De l'arthrite blennorragique, par Resnikow. (*Cent. f. Gynaek.*, 11 août.) — Des synovites blennorragiques, par Burci. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXIX, 2.) — Des dermopathies blennorragiques, par Marmonier. (*Dauphiné méd.*, 1er août.) — La folie blennorragique, par Cullerre. (*Ann. méd. psych.*, septembre.) — Comment doit-on traiter l'épididymite blennorragique, par H. Picard. (*France méd.*, 9 mars.) — Sur les mesures à prendre pour lutter contre la blennorragie des nouveau-nés, par V.-G. Baratz. (*Vratch*, 28 avril.) — Du traitement de la blennorragie utérine et des endométrites chroniques par les crayons argentiques, par Rey et Chalançon. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 10 juillet.) — Le traitement idéal de la blennorragie aiguë, par Foster. (*Journ. of cutan. dis.*, septembre.) — Traitement abortif de la gonorrée par la méthode de

Janet, par Fürst. (*Deut. med. Woch.*, 6 septembre.) — Sur le traitement de la blennorragie, par Barthélemy. (*Soc. franç. de dermat.*, 2 août.) — Sur le traitement de la blennorragie par le permanganate de potasse, par U. Mantegazza. (*Lo Sperimentale*, 5, p. 81.) — Traitement de l'urétrite blennorragique par le permanganate de potasse, par Mibelli. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIX, 6.) — Contribution au traitement ambulatoire de l'orchi-épididymite blennorragique, par R. Bovero. (*Giorn. d. R. Accad. di med. di Torino*, nos 6, 7 et 8, p. 389.)

**Bouche.** — Stomatite chronique, mort, par Winkelmann. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 1 et 2.) — Pathogénie des inflammations buccales par les préparations mercurielles, par Maurel. (*Bulletin méd.*, 25 juillet.) — De la stomatite impétigineuse, par Gentilhe. (*Thèse de Bordeaux.*) — De la gangrène de la bouche, par Béal. (*Thèse de Lille.*) — Présence des streptocoques dans la bouche normale, par Widal. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1er juin.) — Papillome suite de leucoplasie buccale, par Gradenigo. (*Arch. ital. di otol.*, II, 3.)

**Bronche.** — Sur la bronchite fibrineuse essentielle chronique, par Koch. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — La bronchite fétide, par Lancereaux. (*Journal des Praticiens*, n° 27, p. 313.) — Sur un bacille observé dans un cas de bronchite fétide, par Rappin. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 septembre.)

**Brûlure.** — Cause de la mort à la suite de brûlures étendues de la peau, par Kianicine. (*Arch. de méd. expér.*, VI, 5.) — Contribution à la casuistique des brûlures mortelles, par Uibeleisen. (*Münch. med. Woch.*, 19, p. 376.)

## C

**Cancer.** — La question des origines du cancer d'après les dernières recherches par Binaud. (*Arch. clin. Bordeaux*, juillet.) — La nature du cancer, par Muselier. (*Gaz. méd. Paris*, 7 juillet.) — Etiologie et pathogénie du cancer, par Bard. (*Congr. franç. chir. Bulletin méd.*, 14 octobre.) — Le cancer et la parthénogénèse, par Duval. (*Soc. de biol.*, 20 octobre.) — Les protozoaires parasites des maladies cancéreuses, par Bodington. (*Americ. naturalistz*, avril.) — Revue sur les récentes recherches sur le cancer, par Snow. (*Practitioner*, août.) — L'improbabilité de l'origine parasitaire du cancer, par Barwell. (*Lancet*, 28 juillet.) — Contribution à l'étude des parasites du cancer, par Kurloff. (*Centralbl. f. Bakter.*, XV, p. 341.) — Le parasitisme dans le cancer, par H. Grasset. (*Gaz. des hôp.*, 11 août.) — Recherches expérimentales sur la transmissibilité de certains néoplasmes, par Morau. (*Arch. de méd. expér.*, VI, 5.) — Le cancer, par Critzmann. (In-16, 168 p., Paris.) Recherches sur la propagation et la fréquence des affections cancéreuses en Prusse et en particulier dans la province rhénane, par Finkelnburg. (*Cent. f. Gesundheit.*, XIII, 7.) — La mortalité par cancer à Lyon, par Fabre. (*Congr. franç. chir.* et *Bulletin méd.*, 14 octobre.) — Sur la difficulté du diagnostic de la carcinose généralisée, par Messéant. (*Thèse de Lille.*) — Epitheliomas multiples et de types différents, par Dubreuilh. (*Arch. clin. Bordeaux*, juillet.) — Erythrodermie scarlatiniforme prémycosique chez une cancéreuse, par Barbe. (*Soc. franç. de dermat.*, 4 août.) — Traitement du

cancer, par SCHMELTZ. (*Congr. franç. chir.* et *Bulletin méd.*, 14 octobre.) — 5 cas de cancer traités par la cannelle, insuccès par HULKE. (*Lancet*, 15 septembre.) — Traitement du cancer par le chlorate de soude et l'aristol, par HUCHARD. (*Journal des Praticiens*, n° 19, p. 217.) — La cure radicale opératoire des tumeurs malignes, par WYTHE. (*Journal Americ. med. Ass.*, 30 juin.) — De l'usage des caustiques dans les tumeurs malignes, par BULKLEY. (*Ibid.*, 30 juin.) — La valeur des caustiques dans le traitement des tumeurs malignes, par JOHN PARMENTIER. (*Ibid.*) — La valeur d'inoculations d'agents septiques ou toxiques dans le traitement des tumeurs malignes, par WYETH. (*Ibid.*) — De la nécessité de l'intervention chirurgicale précoce dans les tumeurs malignes, par MAC LEAN. (*Ibid.*) — Diagnostic clinique des tumeurs malignes, par WHEATON. (*Ibid.*) — Critique de la théorie sporozoïtaire des néoplasmes malins envisagée au point de vue micro-technique, par OHLMACHER. (*Ibid.*)

**Cartilage.** — Les voies du suc dans le cartilage hyalin, par CARON. (*Thèse de Lille.*) — Contribution à la connaissance des réactions histochimiques du cartilage hyalin physiologique et pathologique, par G. DANEO. (*Archives italiennes de Biologie*, XIX, p. 475.)

**Cellule.** — De la phagocytose, par METCHNIKOFF. (*Arch. de méd. nav.*, juillet.)

**Cerveau.** — Développement histologique de l'écorce cérébrale en rapport avec la faculté de locomotion, par LUI. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 2.) — Contribution à l'étude du faisceau de Meynert ou faisceau retro-réflexe, par VON GEHUCHTEN. (*Bull. Acad. de méd., Belgique*, n° 1, p. 114.) — Centres vestibulaires corticaux, la pariétale ascendante, par BONNIER. (*Bull. soc. de laring., Paris*, juin.) — État normal d'une circonvolution centrale et les effets de la stimulation et de la fatigue sur les cellules nerveuses, par BATTY TUKE. (*Journ. of mental. sc.*, octobre.) — Nouveau procédé de topographie de la surface du cerveau, par FLECHSIG. (*Neurol. centralb.*, 1er octobre.) — État anatomique du cerveau d'un sujet ayant succombé pendant le coït, par LUYS. (*Soc. de biol.*, 28 juillet.) — Représentation graphique des mouvements cérébraux involontaires, par SOMMER. (*Wiener med. Presse*, 30 septembre.) — Galvanisation du cerveau, par HERRICK. (*N. York. med. j.*, 15 septembre.) — Sur les centres optiques cérébraux, par HENSCHEN. (*Rev. gén. d'opt.*, XIII, 8.) — Théorie de la représentation visuelle corticale, par EWENS. (*Brain*, n° 64.) — Sur les centres des splanchniques, par STRICKER. (*Wiener med. Blætter*, 28.) — Des troubles moteurs d'origine cérébrale chez les nouveau-nés et les enfants, par H. HIGIER. (*Medycyna*, juillet.) — Sur les dégénérescences secondaires de la moelle consécutives à des lésions de la substance corticale du cerveau, par BEILLE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Un cas de polioencéphalite hémorragique supérieure, par JACOBAEUS. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, V, 4 et 5.) — Un cas de ramollissement aigu du cerveau, par ZENNER. (*Medical Record*, 25 juillet.) — Sur les altérations anatomiques du cœur dans les troubles cérébraux chroniques, par C. STRECKER. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVI, 2.) — Lésions du thalamus, mort par hémorragie intestinale, par SINKLER. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Hémorragie cérébrale par athérome sénile, par MACPHERSON. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Deux cas d'hémorragie cérébrale traités par la ligature de la carotide primitive, par DERCUM et KEEN. (*Ibid.*, septembre.) — Œdème cérébral, par PRESTON. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — Hémiplégie gauche et aphasie motrice sans lésion de l'écorce cérébrale, par CLARKE. (*Lancet*, 5 août.) — Traitement du stade d'hémiplégie dans l'apoplexie cérébrale, par LIÉGEOIS. (*Journ. des Praticiens*, n° 2, p. 18.) — Basophobie ou abasie phobique chez

un hémiplégique, par GRASSET. (*Semaine méd.*, 15 août.) — Sur l'aphasie d'articulation et l'aphasie d'intonation à propos d'un cas d'aphasie motrice corticale sans agraphie, par BRISSAUD. (*Ibid.*, 1er août.) — Deux cas d'aphasie, par de RENZI. (*Riforma med.*, 18 juillet.) — Des troubles respiratoires unilatéraux dans les paralysies cérébrales, par GRAWITZ. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 1 et 2.) — Hémianopsie homonyme gauche, par TURNER. (*Brain*, n° 64.) — Embolie de l'artère sylvienne droite; hémiplégie gauche complète sans aphasie, par BELZER. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 juillet.) — Thrombose du sinus latéral gauche, par MUSSAT. (*Arch. de méd. mil.*, septembre.) — Diagnostic différentiel de l'encéphalasthénie, par ALTHAUS. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, V, 6.) — Anmésie rétro-antérograde à type continu et progressif par choc moral, par TOULOUSE. (*Arch. de neurol.*, septembre.) — Un cas d'anencéphalie avec amyélie totale et autres anomalies, par F. G. GADE. (*Norsk. Mag.*, août.) — De l'encéphalocèle congénitale, par GUIBERT. (*Thèse de Lille.*) — Un cas de porencéphalie, par NORMAN et FRASER. (*Journ. of mental sc.*, octobre.) — Deux cas d'hydrocéphalie associés à une complète absence de communication entre le 4e ventricule et l'espace sous-arachnoïdien, par O'CARROLL. (*Dublin journ.*, 1er octobre.) — Anatomie pathologique de l'hydrocéphalie, par PICQUÉ. (*Congr. franc. chir.*, *Bull. méd.*, 28 octobre.) — Traitement de l'hydrocéphalie, par BILHAUT. (*Ibid.*, 28 octobre.) — Un cas d'abcès du cerveau, par KUCHARZEWSKI. (*Progrès médical*, 21 juillet.) — Abcès cérébelleux droit, paralysie du même côté, par DRUMMOND. (*Lancet*, 28 juillet.) — Sur la commotion du cerveau, par LANE. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 juillet.) — Compression cérébrale et trépanation, par SHAW. (*Journ. of mental sc.*, octobre.) — La compression cérébrale, par MACPHERSON. (*Ibid.*) — Valeur de l'épilepsie jacksonienne pour le diagnostic local des affections du cerveau, par DEHIO. (*St.-Petersb. med. Woch.*, 10 septembre.) — Tumeur cérébrale, trépanation, par BAUBY et RÉMOND. (*Arch. prov. de chir.* III, 10.) — Gliome de la région rolandique, extirpation, guérison, par ALBERTONI et BREGATTI. (*Arch. ital. de biologie*, XIX, p. 479.) — Un cas de gliome épendymaire des ventricules cérébraux, par PFEIFFER. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, V, 6.) — Deux cas de tumeurs intracraniennes, par BURNET. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 18 août.) — Un cas d'angio-sacro-gliome du cerveau, par WURTH. (*Thèse de Munich.*) — Tumeur de la région des tubercules quadrijumeaux, par WEINLAND. (*Arch. f. Psychiat*, XXVI, 2.) — Chirurgie des ventricules du cerveau, par MASSE. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 8 juillet.)

**Cervelet.** — Pathologie du cervelet, par ARNDT. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVI, 2.) — Diagnostic différentiel des tumeurs des corps quadrijumeaux et du cervelet, par BRUNS. (*Ibid.*, XXVI, 2.) — Tumeur du cervelet, par BRUECKNER. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVIII, 2 et 3.)

**Césarienne (Op.)** — Opérations césariennes multiples, par GUÉNIOT. (*Ann. de Gynéc.*, août.) — Section césarienne pour une tumeur du bassin, par F. KOSMINSKI. (*Przegl. lek.*, mai.) — Une opération césarienne à la campagne, par FORSTER. (*Bull. méd. des Vosges*, juillet.) — Une interwiew avec Porro, par LEWIS. (*Americ. j. of. obst.*, septembre.)

**Chancre.** — Chancre mou à la paupière, par O. B. BULL. (*Norsk Magazin*, juin.) — Sur le traitement du chancre simple, par STEPANOW. (*Vratch*, 23 juin.)

**Charbon.** — Le noyau des spores du charbon, par W. ILKEWICZ. (*Centralbl. f. Bakter.*, XV, p. 261.) — Action de la bactéridie charbonneuse sur l'hip-

pocampe, par SABRAZÉS et COLOMBOT. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 10.) — Un cas de charbon humain, par MARCHAND. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juillet.) — Sur un cas de charbon primitif de l'intestin chez l'homme, par ZORKENDORFER. (*Prager med. Wochenschr.*, 16.) — Étude clinique et thérapeutique sur la pustule maligne, par BOTTEY. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, 1.) — Sur un cas de pustule maligne et sur son traitement, par SESTINI. (*Lo Sperimentale*, 4, p. 61.)

**Chirurgie.** — Leçons de clinique chirurgicale, par DURET. (In-8°, 185 pages *Paris.*) — Statistique et observations de chirurgie hospitalière (1879-1893), par POLAILLON. (Gr. in-8°, 413 p., *Paris.*)

**Chlorose.** — Des rapports de la chlorose et de la tuberculose, par LAMASSON. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des souffles cardio-vasculaires de la chlorose, par BONNETAT. (*Thèse de Toulouse.*) — Traitement de l'anémie et de la chlorose, par KARL MORDHORST. (*Thèse Kiel*, 1893.) — L'acide oxalique combiné avec les peptonates de fer et de manganèse comme emménagogue dans la chlorose, par BLOOM. (*Med. News*, 29 septembre.) — Sur le traitement électrique de la chlorose, par SEMMOLA et GIOFFREDI. (*Progr. Medico*, n° 6, p. 246.)

**Choléra.** — Recherches sur l'infection et l'immunité dans le choléra, par KLEMPERER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXV, 5 et 6.) — Recherches du poison cholérique chez l'homme, par FERDINAND HUEPPE. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 avril.) — Nouvelles recherches de la nature et l'immunité à l'égard du choléra et sur les processus bactéricides spécifiques, par R. PFEIFFER. (*Zeitsch. f. Hyg.*, XVIII et *Hyg. Rundsch*, IV, n° 17, p. 776.) — Des cultures dans les œufs de poule et de l'anaérobiose des bacilles cholériques, par F. HUEPPE et A. FAJANS. (*Arch. f. Hyg.*, XX.) — Manière dont se comportent les vibrions cholériques dans le corps des pigeons et leurs rapports avec le vibrion de Metchnikoff, par H. SALUS. (*Ibid.*, XIX.) — Le bacille virgule dans ses rapports avec le choléra asiatique, par GRIMBERT. (*Journ. de pharm.*, 1er novembre.) — La transmission des spiriles du choléra par le contenu alimentaire et les déjections intestinales de la mouche commune, par CRAIG. (*Medical Record*, 14 juillet.) — Recherches sur les rapports de l'épidémie cholérique de Varsovie avec le vibrion de Metchnikoff, et avec le virgule de Koch, par RONTHALER. (*Gaz. lek.*, mai-juin.) — Sur l'exagération de la virulence du vibrion cholérique, etc., par SOLTZ et POPOFF. (*Vrath*, avril.) — Remarques sur la question du choléra, par CARL FRAENKEL. (*Hyg. Rundsch.*, IV, n° 13, p. 577.) — La diffusion du choléra par l'eau, par CLEMOW. (*Brit. med. j.*, 13 octobre.) — Un cas mortel de choléra de laboratoire, par REINCKE. (*Deut. med. Woch*, 11 octobre.) — Épidémie de choléra à la prison de Saran, par CRAWFORD. (*Edinb. med. j.*, novembre.) — Les premières étapes de l'épidémie de choléra en Orient, par SCHUMBURG. (*Deut. med. Woch.*, 18 octobre.) — Les cas de choléra à Hambourg pendant l'été de 1893, par Théodor RUMPEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 avril.) — Explosion de choléra et eau potable, par PETTENKOFER. (*Münch. med. Woch.*, 12.) — Règlements contre le choléra. État sanitaire des asiles d'aliénés, des maisons de travail, des prisons..., par PETTENKOFER. (*Ibid.*, 10, p. 181.) — Sur l'épidémie cholérique de 1893 dans l'Ariège, par BAYLAT. (*Thèse de Toulouse.*) — Recherches sur le choléra et les vibrions, par METCHNIKOFF. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 8). — Un cas de choléra dans la banlieue de Paris en 1893, par NETTER. (*Ibid.*) — Le choléra de Hambourg envisagé dans ses causes et ses effets économiques. (*Hyg. Rundsch.*, IV, n° 7, p. 312.) — Épidémies cholériques de l'arrondissement de Koeslin de 1831 à

1892, par Roth. (*Zeit. f. Hyg.*, XV.) — Rapport au conseil supérieur d'hygiène d'Autriche sur la désinfection en temps de choléra, par M. Gruber. (*Oesterr. Sanit. V.*, et *Hyg. Rundsch.*, IV, n° 8, p. 382.) — Un cas de psychose postcholérique, par Jourman. (*Vratch*, 4 août.) — Y a-t-il un remède efficace contre le choléra, par Fullerton. (*N. York med. j.*, 18 août.) — Traitement du choléra asiatique, par Ulanowski. (*Przegl. lek.*, juin.) — Traitement du choléra, par W. Sobieranzki. (*Now. lek.*, mai.) — Application de la spermine dans le choléra, par A. W. Poehl. (*Vratch.*, 11 août.) — Application du procédé de Cantani (acide tannique), dans 33 cas graves de choléra algide, par L. J. Voïnow. (*Vratch*, 28 juillet.) — Des bains chauds et des bains russes dans le traitement du choléra asiatique, par V. M. Rojanski. (*Vratch*, 21 juillet.)

**Chorée.** — Chorée de Sydenham et infection, par Haushalter. (*Revue méd. de l'Est*, 8.) — Traitement de la chorée par le bromo-valérianate de zinc, par Saint-Germain. (*Thèse de Bordeaux.*)

**Choroïde.** — Artère hyaloïde persistante et coloboma de la choroïde, par Stricker. (*Arch. of opht.*, XXIII, 3.) — Des hémorragies rétro-choroïdiennes post-opératoires, par Dufour. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — Sarcome de la choroïde, par Lang. (*Trans. opht. soc. unit. kingdom*, XIV, p. 97.) — Lésions particulières de la région centrale de la choroïde, par Juler. (*Ibid.*, p. 99.)

**Cicatrice.** — De la chéloïde verruqueuse combinée avec la chéloïde cicatricielle, par Schuetz. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 1.)

**Circulation.** — Un fait pour servir à l'histoire des bouffées de chaleur et des rougeurs morbides, par Féré. (*Soc. de biol.*, 20 octobre.) — Du diagnostic des troubles fonctionnels de la circulation, par A. Jaquet. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 avril.) — Un cas de pouls lent permanent avec attaques épileptiformes et syncopales, par Hanot et Luzet. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 juin.)

**Climat.** — Influence du climat de l'Égypte sur la maladie, par Canney. (*Lancet*, 27 octobre.)

**Cœur.** — Des nerfs du cœur, par Jacques. (*Soc. de biol.*, 21 juillet.) — Contribution à l'étude de l'anatomie du péricarde, par Lagoutte et Durand. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 février.) — Du volume du cœur chez les oiseaux, par Bollinger. (*Münch. med. Woch.*, 11.) — Sur le rôle que les transformations adiabatiques des gaz peuvent jouer dans le fonctionnement des appareils enregistreurs de pression à air comprimé et sur le plateau de la pression ventriculaire, par Contejean. (*Arch. de phys.*, VI, 4.) — Sur la signification du tracé du choc du cœur, par Fredericq. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 1, p. 34.) — Valeur clinique de l'accentuation du second bruit, par Ringer et Phear. (*Lancet*, 29 septembre.) — Bruit cardiaque non décrit, par Hall. (*Med. News*, 20 octobre.) — Des modifications des signes physiques du rétrécissement mitral suivant l'évolution de la maladie, par Barié. (*Journ. des Praticiens*, n° 17, p. 193.) — Des cardiopathies reflexes, par Potain. (*Gaz. hebd. Paris*, 17 mars.) — Étiologie des lésions valvulaires du cœur, par L. Korczynski. (*Przegl. lek.*, 22 juin.) — Sur les affections fonctionnelles du cœur localisées d'après les cavités, par R. M. Vitvitzki. (*Vratch*, 30 juin.) — Sur les signes d'affaiblissement du cœur dans les fièvres, par H. Huchard. (*Soc. méd. des hôp.*, 6 juillet.) — Calcification des valvules sigmoïdes, par

Durante. (*Soc. anat. Paris*, 14 juillet.) — Lésion valvulaire du cœur et rhumatisme chronique, par Pennell. (*Med. News*, 8 septembre.) — Etiologie des endocardites, par Dessy. (*Sperimentale*, XLVIII, 4.) — L'endocardite aiguë chez les cachectiques, par Giraudeau. (*Semaine méd.*, 10 octobre.) — De la myocardite aiguë rhumatismale, son rôle dans le mécanisme de certaines variétés d'asystolie, par Bret. (*Province méd.*, 15 septembre.) — Sur un cas de lésion mitrale associée à une malformation congénitale du cœur, par Jaccoud. (*Union méd.*, 19 juillet.) — Insuffisance et rétrécissement mitral (souffle systolique, diastolique et présystolique), par Specker. (*Rev. méd. de l'Est*, 11, p. 339.) — Des accidents pulmonaires du rétrécissement mitral, par Huchard. (*Méd. mod.*, 1er août.) — La dilatation du ventricule droit, par Wilson. (*Lancet*, 8 septembre.) — Du rétrécissement pulmonaire, par Duroziez. (*France méd.*, 9 mars.) — Sur un cas de cyanose (maladie bleue) chez un malade atteint d'inversion viscérale, par Barié. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 juillet.) — L'asystolie et son traitement, par Huchard. (*Tribune méd.*, 26 juillet.) — De la tachycardie essentielle paroxystique, par Œttinger. (*Semaine méd.*, 19 septembre.) — Des anévrismes du cœur, par Georgiades. (*Thèse de Munich.*) — Un cas rare d'anévrisme du sinus de Valsalva avec troubles fonctionnels des valvules du cœur, par Th. M. Openchowski. (*Vratch*, 23 juin.) — Mécano-thérapie dans les maladies du cœur, par Eccles. (*Pract.*. août.) — Le traitement des maladies chroniques du cœur par la gymnastique et les eaux minérales, par Huchard. (*Journ. des Praticiens*, n° 9, p. 97.) — Traitement des affections chroniques du cœur par les bains et la gymnastique comme à Nauheim, par Wethered. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Du traumatisme dans l'insuffisance aortique, par Duroziez. (*France méd.*, 2 février.) — Sur les blessures du cœur, par Nobiling. (*Wiener med. Presse*, 30 septembre.) — Un cas de blessure des poumons et du cœur par coup de fusil avec survie de 15 heures, par Marsh. (*Medical Record*, 18 août.) — Coup de feu du cœur : survie 13 heures, par Thompson. (*South Calif. Pract.*, IX, p. 10.)

**Conjonctive.** — Dégénérescense amyloïde de la conjonctive, par Uhthoff. (*Berl. klin. Woch.*, 8 janvier.) — Dégénérescence amyloïde de la conjonctive, par Kruch et Fumagalli. (*Ann. d'ocul.*, juillet.) — Sur la contagiosité de la conjonctivite granuleuse en Algérie, par Viger. (*Ibid.*, juillet.) — Bactériologie clinique de la conjonctive, par Cuénod. (*Gaz. des hôp.*, 15 septembre.) — Sur les microbes du sac conjonctival de l'œil sain, par J. Lachowicz. (*Przegl. lek.*, mai.) — Sur une épidémie de conjonctivite, par Wilbrand, Saenger, Staelin. (*Jahrb. Hamburg Staatskrank.*, III, 2.) — Conjonctivite des glandes de Meibomius, par Lydston. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 août.) — Pemphigus de la conjonctive, par Critchett et Juler. (*Trans. opht. soc. unit. kingdom*, XIV, p. 67.) — Conjonctivite scolaire, par Hutchinson. (*Ibid.*, p. 35.) — Infiltration sous conjonctivale syphilitique, par Nettleship; *idem.* par Frost; *idem* par Gunn. (*Ibid.*, p. 68 et 69.) — Conjonctivite pseudo-membraneuse, par B. Wicherkiewicz. (*Now. lek.*, juin.) — La reproduction du ptérygion, par Borchi. (*Arch. di Ottalm.*, II, p. 120.) — De la désinfection des culs-de-sac conjonctivaux, nouveaux modèles de laveurs oculaires, par Brun. (*Presse méd.*, 27 octobre.)

**Coqueluche.** — Notes thérapeutiques sur la coqueluche, par Hollopeter. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Diagnostic et traitement de la coqueluche, par Vignot. (*Journ. des Praticiens*, n° 4, p. 44.) — Coqueluche grave chez un enfant d'un mois, traitée par 300 bains froids sinapisés : guérison, par Springer. (*Union médicale*, 2 juin.)

**Cornée.** — Étiologie de la kératite interstitielle, par Albert. (*Thèse de Bor-*

*deaux.*) — Forme rare d'épaississement progressif de la cornée, sclérose avec dégénérescence hyaline, par GALLENGA. (*Ann. di ottalm.*, I, 12, p. 355.) — Contribution à l'étude des kératites à filaments, par KNŒPFLER. (*Revue méd. de l'Est*, 12, p. 331.) — Traitement des kératites suppurées par des injections sous-conjonctivales de parachlorophénol, par B. DOLGANOFF. (*Vratch*, 9 juin.) — Abcès à staphylocoques de la cornée, par BACH. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — De la kératite tuberculeuse, par STRUBELL. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Cornée conique, traitement par le galvano-cautère sans perforation, iridectomie consécutive, par CRITCHETT. (*Trans. opht. soc. un. kingd.*, XIV, p. 73.) — Taches de sang de la cornée, par GRIFFITH. (*Ibid.*, p. 74.) — Kératite filamenteuse, par COWELL et GRIFFITH. (*Ibid.*, p. 74.) — Kératite interstitielle avec iritis, photophobie, éternuments, complications gutturales, par WATSON. (*Ibid.*, p. 77.) — Sclérose symétrique de la moitié supérieure de la cornée, par KENNETH SCOTT. (*Ibid.*, p. 79.) — Ulcère des moissonneurs, par DESBRIÈRES. (*Limousin méd.*, septembre.) — Traitement des ulcères de la cornée, par MULES. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — Guérison d'un ptérygion par transplantation cornéenne, par SCHIRMER. (*Deut. med. Woch.*, 27 septembre.) — Traitement des blessures chirurgicales et traumatiques de la cornée et de la sclérotique par un lambeau de conjonctive, par SNELLEN. (*Cong. d'ophtalm. Edimbourg.*)

**Corps étranger.** — Corps étranger du larynx, par SHIELDS. (*N. York. med. j.*, 18 août.) — Pièce de monnaie dans le larynx, puis dans la bronche gauche, autopsie, par LEDIARD. (*Lancet*, 13 octobre.) — Corps étranger de la trachée resté 72 jours, trachéotomie, guérison, par SENNYEY. (*Arch. f. Kinderh.*, XVII, 5 et 6.) — Corps étranger des voies aériennes séjournant 9 mois, par MICHELMORE. (*Lancet*, 11 août.) — Corps étranger de la cornée, par DESCHAMPS. (*Dauphiné méd.*, 1er juillet.) — Présence d'un cil dans la chambre antérieure pendant 12 ans, par LEVISTE. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — Emploi d'un gros aimant pour les plaies de l'œil par corps métalliques, par par HAAB. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 28 août.) — Corps étranger du cristallin pendant 30 ans, décollement de la rétine depuis 2 ans, par DOYNE. (*Trans. opht. soc. unit. kingdom*, XIV, p. 219.) — Sur les corps étrangers du sinus maxillaire, par ZIEM. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — Corps étranger du conduit auditif externe, par MÉNIÈRE. (*Bull. soc. de laryng. Paris*, juin.) — Ablation des corps étrangers de l'oreille, par ZIEM. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 28 août.) — Un cas de corps étranger du cœur chez une enfant de trois ans, par SENGENSSE. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er septembre.) — Corps étrangers des voies digestives dans la première enfance, par BERTHELOT. (*Journ. de clinique infantile*, 2 août.) — Ingestion d'un couteau de poche, passage par les voies naturelles, par GOODALL. (*Lancet*, 18 août.) — Sur une pièce de monnaie retenue pendant 7 jours dans l'œsophage d'un enfant de 4 ans, par FÉLIZET. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 448.) — Une aiguille dans l'œsophage, par MARQUET. (*Rev. int. de rhin.*, IV, 76.) De l'intervention sanglante, dans le traitement des corps étrangers de l'œsophage, par GAILLARD. (*Thèse de Lyon.*) — Œsophagotomie pratiquée pour la 2e fois, pour un corps étranger, chez le même individu, par KROENLEIN. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 février.) — Corps etrangers de l'estomac, gastrostomie, mort, par GEMMEL. (*Lancet*, 25 août.) — Un nouvel appareil pour l'extraction des corps étrangers de l'urètre, par BOIMOND. (*Thèse de Lyon.*) — Corps étranger de la vessie, chez la femme, par ROEDIGER. (*Deut. med. Woch.*, 23 août.) — Corps étranger du vagin introduit dans un but criminel, par Placide DUBOIS. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.) — Les corps étrangers de l'utérus, par CARAES. (*Thèse de Paris.*)

**Cou.** — Sur les glandes closes du cou et sur leur rôle dans la production

de quelques tumeurs cervicales, par PILLIET. (*Tribune méd.*, 9 août.)

**Crâne.** — Des dimensions du crâne de l'enfant au point de vue biologique et anthropologique, par LA TORRE. (*Cent. f. Gynaek.*, 4 août.) — De la craniotonoscopie et de sa valeur clinique, par MURAVIEW. (*Neurol. Centralb.*, 15 août.) — Procédé pratique de topographie cranio-cérébrale chez l'enfant, par LANNELONGUE et MAUCLAIRE. (*Congr. franç. chir.*, *Bull. méd.* 28 octobre.) — Trapanation du rocher pour balles de revolver, par LERICHE. (*Ibid.*, 28 octobre.) — Trépanation pour hémorragie de l'artère méningée avec fracture du crâne, par TAYLOR. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Trépanation secondaire au 2e mois, après une fracture du crâne ayant amené une hémiplégie complète et des crises épileptiformes. Ablation d'un fragment intra-urétral, hémorragie par section de la méningée moyenne, tamponnement, guérison, par VERCHÈRE. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 473.) — Craniectomie pour manie aiguë suite de traumatisme, par PATTERSON. (*Occidental Times*, VIII, 6.) — Du mode d'action de la craniectomie, par MASSON. (*Thèse de Lyon.*)

**Criminel.** — L'ethnographie criminelle d'après les observations et les statistiques judiciaires recueillies dans les colonies françaises, par CORRE. (In-12, 521 p., *Paris.*) — Psychologie criminelle, par WEIR. (*Medical Record*, 8 septembre.)

**Croissance.** — Étude physiologique et clinique de la croissance, par SPRINGER. (*Semaine méd.*, 29 août.) — De la croissance, par HOLMES. (*N.-York med. j.*, 6 octobre.)

**Cristallin.** — Luxation du cristallin, par SNELL. (*Trans. opht. soc. unit. king.*, XIV, p. 137.) — Cataractes du type lamellaire, par LAWFORD. (*Ibid.*, p. 138.) — Deux cas de cataracte traumatique chez l'enfant, par BALL. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Résorption spontanée d'une cataracte sénile avec intégrité de la capsule. par SCHRAMM. (*Wiener klin. Woch.*, 13 septembre.) — Deux cas de cécité subite par cataracte dans la jeunesse, par LITTEN. (*Berl. klin. Woch.*, 12 février.) — Résultats de la maturation de la cataracte sénile par l'iridectomie préliminaire, par MCHARDY. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — 600 opérations de cataracte, par KNAPP. (*Ibid.*) — 925 cas d'opérations de cataracte, par HIGGENS. (*Lancet*, 11 août.) — De la suture de la cornée après l'extraction de la cataracte, par KALT. (*Soc. d'opht. Paris*, 9 octobre.) — Analyse de 200 opérations de cataracte, par NEVE. (*Edinb. med. j.*, novembre.) — L'opération de la cataracte simplifiée, par TENNANT. (*Thèse de Paris.*) — Des lavages de la chambre antérieure de l'œil, pour l'extraction de la cataracte, par Paul ROTHLISBERGER. (*Thèse de Berne*, 1893.) — Recherches expérimentales sur l'antisepsie dans l'opération de la cataracte, par R. HILPEBRANDT. (*Thèse Zurich*, 1893.)

**Cysticerque.** — Contribution à l'opération et à l'anatomie pathologique du cysticerque intra-oculaire, par G. WARNECKE. (*Thèse Gottingue*, 1893.)

D

**Daltonisme.** — Nouveau procédé d'examen du daltonisme par les laines, par Thomson. (*Med. News*, 18 août.)

**Démographie.** — Les causes de la mortalité à Limoges chez le fœtus et le nouveau-né, par Boulland. (*Limousin méd.*, août.)

**Dent.** — Sur l'enfoncement et l'élongation des dents, par Martin. (*Lyon méd.*, 12 août.) — Des accidents de la dentition, par Dulauziet. (*Journal de clinique infantile*, 24 juillet.) — Des accidents de première et de seconde dentition, par Baumel. (*N.-Montpellier méd.*, n° 35, p. 689.) — Des névralgies d'origine dentaire, par Marchandé. (*Journal des Praticiens*, n° 14, p. 159.) — Fistule d'origine dentaire sans lésion appréciable à l'œil nu, par Duplay. (*Médecine moderne*, 17 mars.) — Epithéliome congénital ayant pris naissance dans l'organe de l'émail, par M. Massin. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXVI, 2.) — Des tumeurs épithéliales, en particulier des kystes multiloculaires d'origine dentaire, par Zatti. (*Policlinico*, 15 août.)

**Désinfection.** — De la désinfection des poussières sèches des appartements, par Miquel. (*Ann. de microg.*, août.) — Désinfection des habitations, par Laveran. (*Bull. Ac. méd.*, 24 juillet.) — De la désinfection des mains, par Langstein. (*Prager med. Wochenschr.*, 25 à 27.) — Du pouvoir désinfectant des vapeurs d'ammoniaque, par Moreno. (*Riforma med.*, 17 juillet.) — Pouvoir désinfectant de la poudre de tourbe, par Lœffler et Abel. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, p. 30.)

**Diabète.** — Etiologie et pathogénie du diabète sucré, par Lépine. (*Rev. de méd.*, octobre.) — De la théorie du diabète sucré, par Reichel. (*Wiener med. Woch.*, 14 juillet.) — De la résorption des graisses dans le diabète sucré, par Strauss. (*Thèse de Strasbourg.*) — Sur la glycosurie alimentaire, par Strasser. (*Wiener med. Presse*, 8 juillet.) — 3 cas de glycosurie compliquant des attaques d'appendicite, par Leidy. (*Med. News*, 29 septembre.) — Glycosurie en rapport avec l'appendicite, par Solis-Cohen. (*N.-York med. j.*, 11 août.) — Lésions du pancréas dans le diabète, par Hansemann. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 3 et 4.) — Diabète suite de grippe, par Broadbent. (*Lancet*, 15 septembre.) — Le foie dans le diabète pancréatique, par Marcuse. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 3 et 4.) — De quelques troubles pathologiques du cœur dans le diabète, leurs rapports avec le coma diabétique, par Weber. (*N.-York med. journ.*, 18 août.) — De l'albuminurie dans le diabète sucré, par Jacobson. (*Gaz. des hôp.*, 25 août.) — Altérations particulières des échanges matériels dans le diabète insipide, par Ferrannini. (*Riforma med.*, 10 juillet.) — Faux cardiaques et faux brightiques, contribution au diagnostic et au traitement du diabète sucré, par Galliard. (*Méd. mod.*, 26 septembre.) — Des accidents chirurgicaux chez les diabétiques, par Reynier. (*Journ. de méd. Paris*, 5 août.) — Sur les altérations oculaires survenues chez un chien diabétique par extirpation du pancréas, par Gley et Terson. (*Soc. de biol.*, 21 juillet.) — Diététique du diabète

sucré, par WELLS. (*American med. surg. Bulletin*, 1er septembre.) — Les effets de la lévulose et de l'inuline chez les diabétiques, par WHITE. (*Guy's hosp. Rep.*, 4, p. 133.) — Emploi de la lévulose dans le diabète, par WHITE et GRUBE. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 3 et 4.) — Action de l'arsenic sur le diabète produit par l'ablation du pancréas, par BALDI. (*Arch. di farmac. e terap.*, I, 16.) — Diabète traité par l'extrait et les greffes de pancréas, par WILLIAMS. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.)

**Digestion.** — La digestion du sucre dans l'état de santé, par ROBERTSON. (*Edinb. med. j.*, septembre.) — Nouvelles recherches sur les troubles évolutifs de la digestion, par HAYEM. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 juillet.) — Addition à la contribution sur l'influence des acides halogènes sur la digestion pepsinique, par HÜBNER. (*Fortschr. der Med.*, XI, p. 421.) — La digestion saline de la fibrine, par DASTRE. (*Arch. de phys.*, VI, 4.)

**Diphtérie.** — De la diphtérie aviaire en Tunisie, par LOIR et DUCLAUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 8.) — Une épidémie de diphtérie dans une petite ville de Bourgogne, par VARIOT. (*Journal de clinique infantile*, 19 juillet.) — La diphtérie en Italie, statistique de la mortalité dans les dix dernières années. (*Boll. mal. dell'orecchio*, XII, 11.) — Des douze premières années de statistique des baraques pour diphtérie à l'hôpital de Béthanie, par HAGEN et ROSE. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 3 et 4.) — Epidémies de diphtérie, par P. LEMAISTRE. (*Limousin méd.*, octobre.) — Etudes étiologiques et cliniques sur la diphtérie, par E. FEER. (*Mitth. aus klin. Inst. der Schweiz.*, I, 7.) — Vues modernes, étiologie, pathologie et remarques sur l'histoire ancienne de la diphtérie, par MOUNT BLEYER. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 20 octobre.) — Etudes sur la pathologie de la diphtérie, par WRIGHT. (*Boston med. Journ.*, 4 octobre.) — La diphtérie et l'hygiène scolaire, par KOHN. (*Wiener med. Woch.*, 33.) — Nouveau milieu de culture pour le bacille de la diphtérie, par BALL. (*Med. News*, 24 novembre.) — Diphtérie traumatique, présence du bacille, par ABEL. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 10.) — Recherches expérimentales sur l'immunité pour la diphtérie, par KUPRIANOW. (*Ibid.*, XVI, 10.) — De la présence du bacille diphtérique en dehors de l'organisme, par WRIGHT et EMERSON. (*Ibid.*, XVI, 10.) — Démonstrations du bacille diphtérique dans les poumons de plusieurs enfants morts de diphtérie, par KUTSCHER. (*Zeit. f. Hyg.*, XVIII, 1.) — Etude expérimentale sur les infections mixtes dans la diphtérie, par FUNCK. (*Ibid.*, XVI, p. 465.) — De la diphtérie, discussion. (*West London med chir. Soc.*, 2 novembre.) — Nouvelles recherches sur la diphtérie, par PAULI. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Etude clinique et bactériologique sur la diphtérie, par CHAILLOU et MARTIN. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 7.) — Nos connaissances sur l'étiologie et la prophylaxie de la diphtérie, par SEATON, LŒFFLER et BILLINGS. (*Brit. med. j.*, 16 septembre.) — Etude sur la diphtérie humaine, par F. TANGL. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 3.) — Contribution à la pathogénie de la diphtérie expérimentale, par A.-C. ABBOTT et A. GHRISKEY. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, août 1893.) — De l'immunisation des poules contre le bacille diphtérique, passage de la substance immunisante dans l'œuf, par SCLAVO. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVII, 9 et 10.) — Diagnostic bactériologique de la diphtérie, par BIGGS. (*Medical Record*, 15 septembre.) — Recherches bactériologiques sur la diphtérie aux Etats-Unis, rapport au Congrès d'hygiène de Buda-Pesth, par WELCH. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.) — Du rôle des leucocytes dans l'infection diphtérique, par GABRITCHEWSKY. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 10.) — Forme hémorragique de diphtérie et de scarlatine, par GOODALL. (*Guy's hosp. Rep.*, 4, p. 91.) — Un cas d'hémiplégie suite de diphtérie, par BEHREND.

(*Arch. f. Kinderh.*, XVII, 5 et 6.) — Note sur un cas de croup avec complications pulmonaires, par Leroux. (*France méd.*, 18 mai.) — Paralysie cérébrale de l'enfant suite de diphtérie, par Sharples. (*Med. News*, 4 août.) — Sur le diagnostic bactériologique précoce de la diphtérie oculaire, par Terson. (*Journal des Praticiens*, n° 21, p. 241.) — La diphtérie oculaire et son traitement, par Frenkel. (*Lyon méd.*, 30 septembre.) — Un cas de diphtérie conjonctivale vraie, par Terson. (*Midi méd.*, 26 août.) — Rhinite diphtérique chez un nourrisson, par Czemetschka. (*Prager med. Woch.*, 20 septembre.) — Recherches bactériologiques sur la diphtérie septique, par Genersich. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVIII, 2 et 3.) — Du tubage dans les sténoses laryngées diphtériques, par Carstens. (*Ibid.*) — Le traitement de la diphtérie, par Brasch. (*Münch. med. Woch.*, 18, p. 352.) — Diagnostic et traitement local de la diphtérie, par Raudnitz. (*Prager med. Wochensch.*, 31.) — La diphtérie et son traitement, par Marage. (In-8°, 39 p., *Paris.*) — La valeur et les origines de la sérumthérapie diphtéritique, par Raugé. (*Bull. méd.*, 2 décembre.) — La sérothérapie, ses origines, ses caractères et fabrication du sérum antidiphtéritique, par Landouzy. (*Gaz. des hôp.*, 20 novembre.) — Sérum antidiphtérique, son emploi dans le traitement de la diphtérie, par Méry. (*Ibid.*, 3 novembre.) — Le traitement de la diphtérie par l'antitoxine, par Variot. (*Journ. de clin. infant.*, 13 septembre.) — La sérothérapie, par Romme. (*Presse méd.*, 27 janvier.) — Le sérum antidiphtéritique à l'étranger, par Romme. (*Ibid.*, 1er décembre.) — Angine diphtérique (avec association de staphylocoques et streptocoques) traitée par la sérothérapie, guérison, par Tripet. (*Journ. des Praticiens*, 24 novembre.) — Le vaccin antidiphtérique, par H. B. (*Limousin méd.*, octobre.) — Le traitement de la diphtérie par l'antitoxine, un cas, guérison, par Schippers. (*Weekblad Nederl. Tyds. voor Geneesk*, 27 octobre.) — De l'emploi de l'antitoxine diphtérique, par Ehrlich et Kossel. (*Zeit. f. Hyg.*, XVII, p. 486.) — Traitement de la diphtérie chez l'homme par le sérum antidiphtérique, par Kossel. (*Ibid.*, p. 489.) — Le sérum contre l'angine diphtérique, par Bleisch. (*Allg. med. Centralzeit.*, 72.) — Diphtérie traitée par l'antitoxine, par Catlin. (*Med. News*, 10 novembre.) — La sérothérapie antidiphtérique à l'Institut pédiatrique de Florence, par Mya. (*Sperimentale*, XLVIII, 34.) — Traitement de la diphtérie par l'antitoxine, par Fischer (*Med. News*, 24 novembre, et *Med. Record*, 17 novembre.) — Diphtérie naso-pharyngée guérie par le sérum de Behring, par Damieno. (*Riforma med.*, 30 octobre.) — Diphtérie traitée par l'antitoxine, par Reid. (*Lancet*, 17 novembre.) — Dipthérie traitée par l'antitoxine, par Mc Gregor. (*Ibid.*, 3 novembre.) — Diphtérie traitée par l'antitoxine, mort par asthénie cardiaque, par Romer. (*Ibid.*, 10 novembre.) — Un cas de diphtérie, effets utiles de l'antitoxine après la trachéotomie, par Roué. (*Ibid.*) — Diphtérie suite de rougeole traitée par l'antitoxine, par Mc Gregor. (*Ibid.*, 24 novembre.) — Le traitement de la diphtérie par l'antitoxine, par Godfrey. (*Brit. med. j.*, 22 septembre.) — Le traitement par l'antitoxine de la diphtérie. (*Ibid.*, 6 octobre.) — Diphtérie traitée par l'antitoxine, par Still. (*Ibid.*, 28 juillet.) — A propos de la sérumthérapie contre la diphtérie, par Parisot. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er novembre.) — La diphtérie et la sérothérapie, revue, par O'Malley. (*N.-York med. j.*, 20 octobre.) — Traitement spécifique de la diphtérie par l'antitoxine, par Thornbury. (*Med. News*, 20 octobre.) — 2 cas de diphtérie traités par l'antitoxine, par Maurice. (*Lancet*, 27 octobre.) — Du sérum immunisateur dans le traitement de la diphtérie, par Fischer. (*Med. Record*, 6 octobre.) — La vaccination antidiphtérique, par Barbier. (*Journal des Praticiens*, n° 7, p. 73.) — Emploi du sérum curateur dans la diphtérie, par Heubner. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVIII, 2 et 3.) — Sur le traitement de la diphtérie par des antitoxines

préparées sans avoir recours aux animaux, par G.-A. Smirnow. (*Vratch*, 7 juillet.) — Pratique de la sérothérapie antidiphtérique, par Sapelier. (*Bull. de thérap.*, 30 octobre.) — Six cas de trachéotomie pour diphtérie traitée par l'antitoxine d'Aronson, par Saw. (*Lancet*, 13 octobre.) — Les derniers traitements de la diphtérie, sublimé, permanganate, sérum, par Le Gendre. (*Rev. prat. d'obst.*, septembre.) — La diphtérie aux Enfants-Assistés, sa suppression, étude de prophylaxie, par Hutinel. (*Rev. mal. de l'enf.*, octobre.)— Traitement de l'angine diphtéritique par les badigeonnages de sublimé dans la glycérine, par Goubeau et Hulot. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Diphtérie et mercure, par Eloy. (*Journal des Praticiens*, n° 5, p. 55.) — Traitement de la diphtérie par les sels solubles de mercure, par Davison. (*Lancet*, 18 août.) — De l'usage de la térébenthine dans le traitement de la diphtérie, par Kellogg. (*Journal Americ. med. Ass.*, 28 juillet.) — De l'usage interne du perchlorure de fer liquide dilué comme traitement de la diphtérie, par Goldschmidt. (*Rev. de méd.*, octobre.) — Menthol dans la diphtérie, par Kastorsky. (*Vratch*, 24.) — Traitement de la diphtérie, par Federici. (*Gaz. d'ospit.*, n° 89.) — Violet de méthyle dans la la diphtérie, par Munn. (*Pittsburg med. Rev.*, août.) — La diphtérie et le bleu de méthyle, par Cipriani. (Broch. *Palerme.*) — Action du bleu de méthylène sur le bacille de Lœffler, par Hunt. (*Lancet*, 29 septembre.) —Traitement de la diphtérie oculaire par l'huile de pétrole, par Vian. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — Du traitement local de la diphtérie, par Raudnitz. (*Prager med. Woch.*, 31 octobre.)—La prophylaxie de la diphtérie à l'hospice des Enfants-Assistés, par Sevestre. (*Rev. mens. mal de l'enf.*, nov.) — De l'état actuel du traitement de la diphtérie, par Pauli. (*Therap. Monats.*, 9 et 10, septembre et octobre.) — Diagnostic et traitement de la diphtérie, par Nicolle. (*Normandie méd.*, 15 novembre.) Traitement de la diphtérie, par L. Papkoff. (*Vratch*, 3 novembre.) — De la trachéotomie dans la diphtérie, par Fischer. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 3 et 4.) — De la trachéotomie dans le croup, par Frœlich. (*Rev. méd. de l'Est*, 10, p. 293.) — Intubation du larynx dans le croup par la méthode d'O'Dwyer, par Bonain. (*Semaine méd.*, 3 octobre.)

**Dysenterie.** — La dysenterie dans la garnison de Dijon, par Bernard. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Sur l'étiologie de la dysenterie aiguë des pays chauds, par Arnaud. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 7.) — De la dysenterie tropicale, par Fayrer. (*Practitioner*, octobre.) — Sur les accès hépatiques suite de dysenterie, par Schweiger. (*Wiener med. Presse*, 29 juillet.) — Lésions du rein dans la dysenterie aiguë épidémique, par Treymann. (*Thèse de Kœnigsberg.*)— Un cas de dysenterie aiguë ; guérison par l'ipécacuanha, par Jones. (*Dublin Journal of med. sc.*, 1er août.)

## E

**Eau.** — Etude bactériologique de l'eau d'alimentation de Montpellier, par Ducamp et Louis Planchon. (*Ann. d'hyg. publ.*, mars.)—Expériences sur l'appareil de J. Nagel, opérant simultanément la distillation et la stérilisation de l'eau, par Davids. (*Hyg. Rundsch.*, IV, n° 6, p. 241.) — Les nouveaux

bacilles courbes des eaux, par J. Arnould. (*Rev. d'hyg.*, mars.) — Compte rendu d'une récente inspection sanitaire des eaux servant à l'alimentation de New-York, par Cheesman. (*New-York*, 1893.) — Pollution des eaux d'un puits par un égout de voisinage, fissures dans la pierre, par Houston. (*Edinb. med. j.*, novembre.) — Sur l'approvisionnement des villes en eau potable, par Palmivski. (*Medycyna*, juin.) — Composition bactériologique des eaux des puits artésiens, par Pletenew et Seleznew. (*Vratch*, 4 août.) Les eaux d'alimentation et la fièvre typhoïde à Rennes, par L. Thoinot. (*Ann. d'hyg. publ.*, 5 janvier.) — Distribution d'eaux potables et égouts de Chicago, par G. Schwarz. (*Gesundh. Ingenieur*, 1893, p. 453.) — Sur les moyens d'examen des eaux potables, par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 7.) — De l'utilisation des eaux d'égout filtrées comme eaux de boisson, par Feltz. (*Gaz. hebd. Paris*, 14 juillet.) — De l'eau dans la diète, par Loveland. (*Medical Record.*, 15 septembre.) — Embouteillage de l'eau stérilisée, par Galante. (*Rev. d'hyg.*, avril.)

**Eaux minérales.** — Sur l'action physiologique et thérapeutique des eaux thermales chlorurées sodiques, par Gubian. (*Lyon méd.*, 21 octobre.) — Les eaux thermales de Casciani dans le traitement des affections gynécologiques, par A. Cuzzi. (*Il Morgagni*, mars.)

**Eclampsie.** — Le rôle de l'infection coli-bacillaire et de la chlorose dans la genèse d'accidents éclamptiques, par Secheyron. (*Midi médical*, 16 septembre.) — Symptomatologie de l'éclampsie, par F. Rapezewski. (*Gaz. lek.*, juillet.) — Trois cas d'éclampsie puerpérale, par Arnold. (*Boston med. Journal*, 12 juillet.) — De l'éclampsie puerpérale et de son traitement, par Ferré. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 septembre.) — Le traitement de l'éclampsie par Döderlein. (*Münch. med. Woch.*, 26, p. 509.)

**Ecthyma.** — Inoculabilité de l'ecthyma, par Mc Cormick. (*Med. News*, 11 août.)

**Eczéma.** — Les eczémas du cuir chevelu, par Thibierge. (*Ann. de méd.*, 10 octobre, et *Bull. méd.*, 12 septembre.) — Nature des eczémas, par Schwimmer. (*Giorn. itat. mal. vener.*, XXIX, 2.) — De l'eczéma des chirurgiens, par Lassar. (*Wiener med. Blatter*, 31.) — De l'invasion des coccus de la peau dans l'eczéma, par J. Bernheim. (*Centralbl. f. Bakter.*, XV, p. 141.) — Eczéma symétrique des mains développé sur les territoires des nerfs médian et radial avec intégrité absolue des territoires du cubital, par Brocq. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 juillet.) — Traitement de l'eczéma, par Morris. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Traitement des eczémas, par Méneau. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 5 août.)

**Electricité.** — L'électricité atmosphérique et son rôle physiologique et pathologique, par J. Bang. (*Norsk Magazin*, juin.) — L'électricité statique appliquée à l'étude de l'excitabilité neuro-musculaire, comparaison avec les résultats donnés par les courants faradiques et continus, par Roncoroni et Voena. (*Giorn. Acad. med. Torino*, LVII, 9 et 10.) — De la cataphorèse électrique, par Destot. (*Lyon méd.*, 23 septembre.) — Sur une nouvelle méthode d'examen électro-diagnostique, par Hoorweg. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LII, p. 541.) — Nouveaux galvanomètres apériodiques, par Arnoux. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 octobre.) — De l'emploi des collecteurs pour faire varier l'intensité du courant électrique dans les usages médicaux, par Deschamps. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 août.) — De la galvano-chirurgie, par Kearsberg. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 5.) — Nouvelle méthode d'appli-

cation des courants électriques à l'aide de l'eau et de la vapeur d'eau, par Guyenot. (*Journ. de méd. Paris*, 12 août.) — Choc d'un courant de 1,000 volts, insensibilité à la douleur, guérison, par Donnellan. (*Med. News*, 4 août.) — Pathologie et traitement des accidents par l'électricité, par Hedley. (*Lancet*, 25 août.) — Traitement électrolytique pour les voies respiratoires supérieures, par Mongardi. (*Boll. mal. dell' Orecchio*, XII, 7.) — De l'emploi des courants faradiques dans les névralgies, par Berthold Beer. (*Wiener med. Blaetter*, 31.) — Du badigeonnage galvanique, traitement de l'impuissance, de la sciatique et du tabes, par Witkowski. (*Deut. med. Woch.*, 4 octobre.) — L'électricité comme cosmétique, par Shoemaker. (*Med. News* 13 octobre.) — De l'action des courants de haute fréquence et de haute tension sur quelques dermatoses, par Oudin. (*Soc. franç. de dermat.*, 3 août.) — Technique pratique de l'épilation par l'électricité, par Hayes, Bergonié et Debedat. (In-16, 64 p. Paris.) — De l'influence de l'effluvation sur la marche des ulcères chroniques variqueux, par Marquant. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 août.) — Eclairage électrique du champ opératoire en chirurgie abdominale, par Relly. (*Americ. j. of obst.*, septembre.) — Travaux d'électrothérapie gynécologique, par Apostoli. (*Arch. semestr. d'electroth.*, I, 1 et 2.) — Traitement de l'oophorite chronique, par l'électricité, par Sanders. (*Med. News*, 20 octobre.) — Traitement des granulations conjonctivales, par l'électrolyse, par Malgat. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*)

**Eléphantiasis.** — Eléphantiasis associé à la syphilis tertiaire, par Francis. (*Brit. j. of dermat.*, août.)

**Embolie.** — 1° Myxome primitif de l'oreillette gauche, embolies sylviennes ; 2° embolie de la carotide interne ; 3° embolie des artères pulmonaires ; 4° thrombose de la carotide interne et de la sylvienne après ligature carotidienne, par Marchand. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er janvier.)

**Embryologie.** — Sur la signification du corps vitellus de Balbiani dans l'ovule des mammifères et des oiseaux, par Mertens. (*Arch. de biol.*, XIII, 3.) — Pourquoi dans la nature y a-t-il des mâles et des femelles ? la fécondation, l'origine des sexes, l'hérédité, par Debierre. (*Semaine méd.*, 13 octobre.) — Une préparation rare d'ovule embryonnaire, par F. Neugebauer. (*Gaz. lek.*, mars.) — Sur les anomalies de développement de l'embryon humain, par C. Giacomini. (*Archives italiennes de biologie*, XX, p. 76.)

**Emphysème.** — Emphysème sous-cutané de la paroi abdominale, ulcérations tuberculeuses des cartilages costaux, par Durante. (*Soc. anat. Paris*, 14 juillet.) — De l'emphysème sous-cutané dans la tuberculose pulmonaire chronique, par H. Richardière. (*La médecine moderne*, 7 avril.)

**Empoisonnement.** — Empoisonnement par l'opium, par Hayes. (*Brit. med. j.*, 15 octobre.) — Un cas rare de morphinomanie, par Behr. (*Wiener med. Woch.*, 29 septembre.) — Un cas de morphino-cocaïnomanie datant de 10 ans. Suppression immédiate de la cocaïne. Suppression en 5 jours de la morphine. Guérison, par Sollier. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 juin.) — Un cas de morphino-cocaïnomanie guéri par la méthode de la suppression rapide, par Comby. (*Ibid.*, 15 juin.) — Traitement de la morphinomanie par suppression brusque du médicament, par Jules Voisin. (*Ibid.*, 22 juin.) — Empoisonnement par la codéine, par Duff. (*Colombus med. journal*, XII, 12.) — Inhalations d'oxygène dans 2 cas d'empoisonnement par l'opium, par Ashburn. (*Med. News*, 28 juillet.) — Empoisonnement par la strychnine, par Masson et Worsley. (*Brit. med. j.*, 13 octobre.) — Empoisonnement

par la strychnine, par Ott. (*Med. News*, 8 septembre.) — Hémiplégie causée par l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par Pérochaud. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 septembre.) — De l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par Richardière. (*Gaz. des hôp.*, 8 septembre.) — Empoisonnement mortel par les gaz d'égout, par Webber. (*Lancet*, 22 septembre.) — 2 cas d'empoisonnement par le lysol, par Kaempffer. (*Deut. med. Woch.*, 23 août.) — Contribution à l'étude de l'intoxication par le trional, 16 grammes, guérison, par Kramer. (*Prager med. Wochenschr.*, 54.) — Etude congénitale des manifestations nerveuses de l'arsenicisme chronique, par Beco. (*Arch. de neurol.*, août.) — Sur les lésions des voies respiratoires dans l'intoxication par l'acide phénique, par L. Wachholz. (*Przegl. lek.*, mai-juin.) — Un cas d'empoisonnement par l'acide phénique, par Schmidt. (*Przegl. lek.*, juillet.) — Empoisonnement par l'acide phénique, guérison, par Weiser. (*Med. News*, 8 septembre.) — Empoisonnement par l'acide phénique, par Mooney. (*Brit. med. j.*, 27 octobre.) — Empoisonnement par l'acide phénique, par Hardman. (*Ibid.*, 20 octobre.)

**Enfant.** — Etude de 100 nouveau-nés au point de vue de la température et des maladies du cordon, par Roesing. (*Zeit. f. Geburts.*, XXX, 1.) — Sur les modifications du sang chez les enfants, par Monti. (*Wiener med. Presse*, 7 octobre.) — De la diazoréaction et de sa valeur diagnostique et pronostique dans les maladies des enfants, par Nissen. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVIII, 2 et 3.) — Protection de l'enfance, par Ledé. (*Bulletin méd.*, 22 août.) — Protection des enfants du premier âge, par Vidal. (*Ibid.*, 20 juin.) — Résultats de la loi Roussel dans le département du Var, par Vidal. (*Progrès médical*, 4 août.) — L'hospitalisation des enfants à Paris, par Variot. (*Journal de clinique infantile*, 7 juin.) — La fièvre éphémère des enfants, par Variot. (*Ibid.*, 14 juin.) — Infection à streptocoques du fœtus par contamination buccale, par Legry et Dubrisay. (*Presse méd.*, 28 avril, et *Arch. de tocol.*, août.) — De quelques désordres cérébraux de l'enfance et de la jeunesse, par Hurd. (*Boston med. Journal*, 20 septembre.) — Cause et traitement précoce des affections mentales de l'enfance, par Wilmarth. (*Journal Americ. med. Ass.*, 18 août.) — Diagnostic des paralysies chez l'enfant, par Halipré. (*Tribune méd.*, 13 septembre.) — Hémiplégie alterne chez un enfant liée probablement à un tubercule de la protubérance, par Larrieu. (*Journal de clinique infantile*, 5 juillet.) — Hystérie ou tumeur cérébrale chez l'enfant, par Grancher. (*Bull. méd.*, 20 septembre.) — Simulation d'amblyopie monolatérale chez une petite fille de 10 ans, par Sureau. (*Journal de clinique infantile*, 28 juin.) — Du torticolis spasmodique dans l'enfance, par Engelmann. (*Journal Americ. med. Ass.*, 18 août.) — De la tuberculose chez l'enfant et le nourrisson, par Hecker. (*Münch. med. Woch.*, 20.) — De l'indicanurie chez l'enfant spécialement chez les tuberculeux, par Gehlig. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVIII, 2 et 3.) — Remarques sur certains accidents survenant chez les enfants tuberculeux pulmonaires, par Cumston. (*Boston med. Journal*, 23 août.) — Empyème chez l'enfant, par Morison. (*Lancet*, 29 septembre.) — De l'hématothorax traumatique chez les nouveau-nés, par Gebhard. (*Zeit. f. Geburts*, XXX. 2.) — Un cas de pneumonie chez un enfant de 5 mois traité par les inhalations d'oxygène, par Francis. (*Medical Record*, 28 juillet.) — Une suite éloignée de la pleurésie de l'enfance, par Variot. (*Journal de clinique infantile*, 31 mai.) — Sarcome primitif du poumon chez un enfant de 11 ans, par West. (*Brit. med. j.*, 8 septembre.) — Diététique infantile, par Stowel. (*Medical Record*, 21 juillet.) — La dyspepsie des enfants strumeux, par Fenwick. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Etude clinique sur les maladies gastro-intestinales des nourrissons, par Czerny et Moser. (*Jahrb. f. Kind.*,

XXXVIII, 4.) — Observation de diarrhée infantile compliquée de néphrite aiguë, par TURNER. (*Practitioner*, octobre.) — Choléra infantile, par ILLOWAY. (*New York med. j.*, 8 septembre.) — Contribution à la casuistique et au traitement du melœna des nouveau-nés, par MUELLER. (*Münch. med. Woch.*, 13, p. 245.) — Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique chez un garçon de 14 ans, par MIRINESCU. (*Rev. mal. de l'enf.*, octobre.) — Abcès du foie chez les enfants, par PROUST. (*Bull. acad. méd.*, 31 juillet.) — Le diabète chez les enfants, par GUIDA. (*Pediatria*, 20 septembre.) — Diabète sucré chez un enfant d'un an et demi, par J. JAWORSKI. (*Gaz. lek.* juillet.) — Du diabète chez les enfants, par GARBER. (*American med. surg. Bulletin*, 1er juin.) — De la leucémie chez les enfants, par MORSE. (*Boston med. Journal*, 9 août.) — Trois cas de maladie d'Hodgkin chez des enfants, par A. KISEL. (*Vratch*, 9-16 juin.) — De la péritonite chronique chez l'enfant, par PECKHAM. (*Boston med. Journal*, 20 septembre.) — Sur la péritonite tuberculeuse chez les enfants, 91 observations, par MALEVAL. (*Thèse de Lyon.*) — La fièvre typhoïde chez les enfants, par MARFAN. (*Médecine moderne*, 21 mars.) — Sur les engorgements ganglionnaires de l'enfant, par PECH. (*Thèse de Toulouse.*) — Maladie bronzée chez un enfant de 6 ans, à la fin d'une chorée grave, par COULON. (*La méd. infant.*, 15 septembre.) — De l'emploi des lavements chauds chez l'enfant, par STOKOLOW. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVIII, 2 et 3.) — L'opium en médecine infantile, par COMBY. (*Méd. mod.*, 25 juillet.) — Des mammites chez les enfants, par CHUFFART. (*Thèse de Lille.*) —Traitement de la tumeur blanche du genou chez l'enfant, par LECAT. (*Thèse de Lille.*) — Occlusion intestinale chez l'enfant, par MONTI. (*All. Wiener med. Zeit.*, 28 août.) — Hernie étranglée chez un enfant de 4 semaines, opération, guérison, par HAVEMANN. (*Deut. med. Woch.*, 23 août.) — Végétations simples de l'anus chez une enfant, par VARIOT. (*Journal de clinique infantile*, 28 juin.) — Du traitement des hernies et hydrocèles congénitales chez l'enfant, par JACQUAMELLE. (*Thèse de Lille.*) — Litholapaxie chez l'enfant, par KEEGAN. (*Lancet*, 28 juillet.)

**Épilepsie.** — 100 cas d'épilepsie, étude de l'œil, traitement des voies de réfraction par les lunettes, par DODD. (*Brain*, n° 64.) — De l'épilepsie avec conscience, par HENNOCQ. (*Thèse de Lille.*) — Epilepsie réflexe traumatique par KNOPF. (*Deut. med. Woch.*, 23 août.) — Epilepsie jacksonnienne, par DJEMIL-BEY. (*Congr. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 28 octobre.) — Un cas d'épilepsie jacksonnienne avec accès de tachycardie paroxystique de nature èpileptoïde, par PITRES. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er mars.) — Influence de l'extrême ralentissement du pouls sur les convulsions épileptiformes, par BRISTOWE. (*Lancet*, 22 septembre.) — De l'épilepsie dans le jeune âge, le système de colonies pour son traitement, par SPRATLING. (*Med. News*, 15 septembre.) — Un cas d'épilepsie alléguée et simulée, par GARNIER. (*Ann. méd. psychol.*, juillet.) — Traitement médical de l'épilepsie chronique, par BONDURANT. (*Americ. j. of insanity*, juillet.) — Traitement de l'épilepsie, par MOELI. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Contribution au traitement de l'épilepsie, par ALT. (*Münch. med. Woch.*, 12.) — Hémiplégie infantile, imbécillité, épilepsie, craniectomie, amélioration, par ANGELL. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Trépanation dans 3 cas d'épilepsie, 2 jacksonnienne, 1 causée par une vieille hémorragie méningée, amélioration, par ESKRIDGE. (*Med. News*, 13 octobre.)

**Épithélioma.** — Etude des cylindromes, par WILHELMY. (*Thèse de Fribourg.*) — De l'épithélioma, par MOTY. (*Cong. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 14 octobre.) — Des endotheliomes calcifiés du bassin sous-cutané, par PERTHES. (*Beit. z. klin. Chir.*, XII, 2.)

**Éruption.** — Un cas d'argyrie médicamenteuse, par Eichhorst. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er mars.) — Eruptions bulleuses d'origine iodique, par Arnozan. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er mars.) — Eczéma phéniqué aigu de la paume de la main, par Verchère. (*France méd.*, 16 février.) — Eruption chéloïdiforme consécutive à une friction d'huile de croton, par Matignon. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 juillet.) — Contribution à la casuistique des exanthèmes médicamenteux, par Raff. (*Münch. med Woch.*, 26, p. 515.)

**Erysipèle.** — Des infections pneumococciques dans l'érysipèle, par Roger. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 juillet.) — Erysipèle à répétition de la face, broncho-pneumonie, par Nissim. (*Gaz. des hôp.*, 30 octobre. — Traitement de l'érysipèle, par Anders. (*Journal Americ. med. Ass.*, 28 juillet.) — L'érysipèle et la méthode antiseptique, par Cazaban. (*Thèse de Bordeaux.*)

**Erythème.** — Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, par Meneault. (*Soc. franç. de dermat.*, 4 août.) — Récidives périodiques in situ d'un érythème polymorphe, par Hallopeau. (*Ibid.*, 4 août.) — De l'érythème et des chromoblastoses acro-asphyxiques, par Audry. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 mai.) — Nouvelles recherches expérimentales sur l'érythrasma, par Ducrey et Reale. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIX, 8.)

**Estomac.** — De l'estomac biloculaire, par Chabrié. (*Thèse de Toulouse.*) — Des phénomènes de la digestion gastrique chez les oiseaux, par Doyon. (*Arch. de phys.*, VI, 4.) — Recherches sur l'innervation gastrique des oiseaux, par Doyon. (*Ibid.*) — Résistance prolongée des tissus vivants et très vascularisés à la digestion gastrique, par Contejean. (*Arch. de phys.*, VI, 4.) — De l'action du bicarbonate de soude sur le chimisme stomacal dans l'hypopepsie, par Gilbert et Modiano. (*Soc. de biol.*, 21 juillet.) — Sur l'acidité du suc gastrique dans diverses maladies, par Ruault. (*Thèse de Lille.*) — De l'influence de la température des repas sur la sécrétion du suc gastrique et sur la motilité de l'estomac, par Lamy. (*Thèse de Lille.*) — Quelle est la fréquence des cas d'anachlorydrie dans le suc gastrique, par Wagner. (*Vratch*, 19 mai.) — Un cas avec variations insolites de la sécrétion du suc gastrique et de l'action de l'estomac, par S. Goldbaum. (*Gaz. lek.*, juin.) — Etude comparative entre les résultats obtenus par l'examen du contenu stomacal au moyen du tube de Einhorn, par Dickinson. (*Medical Record*, 15 septembre.) — Valeur des recherches de chimie analytique sur le contenu de l'estomac, par Kutusow. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 mars.) — De la toxicité du suc gastrique dans la maladie de Reichmann, par Cassaet et Bénech. (*Soc. de biol.*, 28 juillet.) — Toxicité du contenu stomacal dans la dilatation avec hyperchlorydrie, par Bénech. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du suc gastrique considéré comme antiseptique, par Laval. (*Thèse de Bordeaux.*) — Le gastrographe, méthode de détermination de l'action mécanique de l'estomac, par Einhorn. (*N.-York med. j.*, 15 septembre.) — Des réflexes pulmonaires et cardiaques d'origine gastrique, par Potain. (*Bull. méd.*, 6 octobre.) — Déformation squelettique et dilatation de l'estomac, par Clozier. (*Bull. méd.*, 3 octobre.) — Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac par le tube stomacal, par Perry. (*Journal Americ. med. Ass.*, 28 juillet.) — Des petits moyens employés pour le diagnostic et la cure des affections de l'estomac, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thér.*, 15 octobre.) — Névroses gastriques douloureuses, nature, symptômes, étiologie, par Jones. (*Med. News*, 29 septembre.) — De la sarcine de l'estomac, par Oppler. (*Münch. med. Woch.*, 29, p. 570, 1894.) — Des troubles nerveux chez les dyspeptiques et de leur traitement par Cuffer. (*Journal*

*des Praticiens*, 6, p. 61.) — De la douche épigastrique dans le traitement de la gastralgie et de diverses sortes de dyspepsies, par Verrier. (*France méd.*, 6 juillet.) — Principes du traitement moderne des maladies de l'estomac, par Schuetz. (*Prager med. Woch.*, 21.) — Un cas de dilatation de l'estomac guéri par l'opération de Heineke-Mikulicz, par Loewenstein. (*Münch. med. Woch.*, 21, p. 411.) — Sur le traitement de la dilatation atonique de l'estomac, par Wegele, (*Ibid.*, 12, p. 229.) — Sur l'ulcère simple de l'estomac d'origine traumatique, par Torné. (*Thèse de Bordeaux.*) — Ulcère simple de l'estomac et kyste hydatique calcifié du foie. Le kyste hydatique a vraisemblablement été le point de départ de l'ulcère en comprimant les artères de l'estomac, par Netter. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 juillet.) — Du rôle de la syphilis dans la pathogénie de l'ulcère de l'estomac, par Galliard. (*Ibid.*, 15 juin.) — Traitement de l'ulcère de l'estomac par le bismuth, par Savelieff. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac, par Kuester. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.) — Sur l'intervention chirurgicale dans les perforations de l'ulcère de l'estomac et du duodénum, par Kelynack. (*Brit. med. j.*, 27 octobre.) — Traitement chirurgical de la perforation de l'ulcère de l'estomac et de l'intestin, discussion à la *Brit. med. Ass.* (*Brit. med. j.*, 20 octobre.) — Néoplasme inflammatoire de la petite courbure de l'estomac, adhérent au foie et à la paroi, pris pour un carcinome ; laparotomie exploratrice, guérison définitive, par Terrier. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 424.) De la forme pleurale du cancer de l'estomac, valeur diagnostique de l'examen microscopique des épanchements, par Devic et Chatin. (*Province méd.*, 28 juillet.) — Cancer de l'estomac, forme pyohémique, fistule ombilicale, abcès cancéreux du foie, par Achard. (*Méd. mod.*, 3 octobre.) — Carcinome anormal de l'estomac, un nouveau symptôme observé chez les carcinomateux, par Bogdan. (*Bulletin société méd. de Jassy*, 1.) — Néoplasme de l'antre pylorique avec obstruction ; résection cylindrique de l'estomac. guérison depuis 7 mois et demi, par Tuffier. (*Mercredi méd.*, 18 juillet.) — Rupture traumatique de l'estomac, par Andrew. (*Glasgow med. journ.*, p. 49.) — Technique de la gastrostomie, par Ullmann. (*Wiener med. Woch.*, 15 septembre.) — Nouveau procédé de gastrostomie, par Stamm. (*Med. News*, 22 septembre.) — Pylorectomie avec entérogastrostomie préalable, par Quénu. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 11 juillet.) — De la gastropexie, par Duret. (*Ibid.*, 3 octobre.) — Un cas de gastro-entérostomie, par Montaz. (*Dauphiné méd.*, 1er juin.) — Le bouton de Murphy dans la chirurgie de l'estomac et des voies biliaires, par Meyer. (*Cent. f. Chir.*, 15 septembre.) — De l'intervention chirurgicale dans les maladies de l'estomac, par Hahn. (*Deut. med. Woch.*, 25 octobre.) — Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie, par Thiriar. (*Gaz. hebd. Paris*, 3 février.) — De la résection du cardia, par Lévy. (*Cent. f. Chir.*, 4 août.) — De la séquestration partielle de l'estomac et de l'intestin par la ligature à la gaze iodoformée, par Chaput. (*Soc. anat. Paris*, 14 juillet.)

**Expectoration.** — L'emploi de la force centrifuge pour l'examen des crachats, par Ashton. (*Med. News*, 6 octobre.)

## F

**Face.** — Un cas d'hémiatrophie faciale progressive, par Pieraccini. (*Sperimentale*, 21 octobre.) — De l'hémiatrophie faciale progressive, par Baer-

WALD. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, V, 6.) — Des fissures de la joue, par HERHLOD. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.)

**Fièvre.** — Sur les signes d'affaiblissement du cœur dans les fièvres, par HUCHARD. (*Journal des Praticiens*, n° 4, p. 37.) — Remarques à propos de la fièvre dite ganglionnaire, par J. CZAJKOWSKI. (*Gaz. lek.*, juillet.) — 100 cas d'hyperpyrexie, par BRYANT. (*Guy's hosp. Rep.*, 4, p. 385.) — De l'état de la pression sanguine dans la fièvre, par MOSEN. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LII, p. 601.) — Sur la fièvre et sur les relations des microorganismes avec la maladie, par AYER. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 28 juillet.) — Des modifications des échanges chlorurés dans les maladies fébriles aiguës, par v. TERRAY. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 3 et 4.) — De la pyrexie et de son traitement, par WHITE. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.)

**Fièvre jaune.** — Prophylaxie de la fièvre jaune dans les ports infectés, par KERSHNER. (*Americ. med. surg. Bulletin*, 1er octobre.)

**Fistule.** — Etiologie et traitement chirurgical de la fistule recto-vaginale, par CLARKE. (*Journal Americ. med. ass.*, 11 août.) — Fistule recto-vaginale opérée par la voie sacrée, par HEYDENREICH. (*Congr. franç. chir.*, *Bulletin med.*, 21 octobre.) — Du traitement des fistules vésico-vaginales, par V. WINCKEL. (*Soc. d'obst. de Berlin*, *Zeit. f. Geburts.*, XXX, 2.) — De la création d'un urètre contre nature sus-pubien après fermeture de la valve dans les fistules vésico-vaginales incurables, par TIOLLIER. (*Thèse de Lyon.*) — Opération des fistules vésico-vaginales compliquées de destruction de l'urètre, par v. OTT. (*Cent. f. Gynæk.*, 6 octobre.)

**Foie.** — Quelques particularités de développement et de structure du foie fœtal et infantile, par HERLITZKA. (*Sperimentale*, XLVIII, 4.) — Trois cas de duplicité de l'artère hépatique, par JACQUEMET. (*Marseille méd.*, 13, p. 405.) — Expérimentation sur le foie et la vésicule biliaire, par NASSE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.) — Sidérose hépatique, par MORONI. (*Arch. per. sc. med.*, XVII, 16.) — De l'ictère émotif, par POTAIN. (*Semaine méd.*, 22 août.) — L'ictère au point de vue étiologique, diagnostique, etc., par MARAGLIANO. (*Riforma med.*, 9 juin.) — De la signification critique de la rechute dans la soi-disant maladie de Weil, par BOSC et GUÉRIN-VALMATE. (*Progrès médical*, 9 juin.) — Nouvelle contribution à l'étude de l'ictère déterminé par la toluiendiamine, par DE LUCA. (*Riv. clin. e terapeutica*, n° 4, p. 175.) — Les lésions du foie dans les maladies infectieuses aiguës, par BARBIER. (*Gaz. hebd. Paris*, 7 avril.) — Observation d'hépatite suppurée. Quelques réflexions sur la prétendue stérilité du pus des abcès du foie, par BERTRAND. (*Ibid.*, 28 avril.) — Un cas rapide d'atrophie aiguë jaune du foie, par SHATTUCK. (*Boston med. journal*, 26 juillet.) — Abcès du foie, par VAUGHAN. (*Med. News*, 15 septembre.) — Diagnostic et traitement chirurgical des abcès du dôme du foie, par MANDILLON. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 août.) — Traitement des abcès du foie, par GALANO. (*Thèse de Bordeaux.*) — Traitement des abcès intra-hépatiques, par PANTALONI. (*Arch. prov. de chir.*, III, 9.) — Les signes précoces de la cirrhose alcoolique, par MÉRIGOT DE TREIGNY. (*Journal des Praticiens*, n° 26, p. 301.) — 3 observations d'hémorragie dans le cours de cirrhose du foie, par CIBERT. (*Province méd.*, 15 septembre.) — Des cirrhoses du foie, par AUFRECHT. (*Thèse de Leipzig.*) — Cirrhose hypertrophique, par JACCOUD. (*Bull. méd.*, 24 octobre.) — La prétendue curabilité de la cirrhose hépatique, par F. CIRELLI. (*Il Morgagni*, mars.) — Cancer du foie, par BOURGES. (*Gaz. hebd. Paris*, 25 août.) — Extirpation d'un sarcome primitif du foie, par ISRAEL. (*Deut. med. Woch.*,

23 août.) — Deux cas de plaies du foie, par Zeidler. (*Deut. med. Woch.*, 13 septembre.) — Plaies du foie par instruments tranchants, par Romme. (*Tribune méd.*, 5 juillet.)

**Fracture.** — Fracture esquilleuse de la clavicule. Cal hypertrophique comprimant le plexus. Guérison, par Mauclaire. (*Cong. franç. chir., Bulletin méd.*, 24 octobre.) — De la fracture type du radius, par Baehr. (*Cent. f. Chir.*, 8 septembre.) — Sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius, par Conner. (*Journal Americ. med. ass.*, 14 juillet.) — Les cals vicieux de l'extrémité supérieure de l'humérus et leur traitement opératoire, par Lejars. (*Rev. de chir.*, août.) — Statistique des fractures de l'humérus, par Poirier. (*Congr. franç. chir., Bulletin méd.*, 24 octobre.) — Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus doivent-elles être traitées dans la position de flexion ou d'extension, par Allis. (*Journal Americ. med. ass.*, 14 juillet.) — Note sur les fractures de l'humérus et de l'articulation du coude, par Dulles. (*Boston med. journal*, 30 août.) — Traitement des fractures des extrémités supérieure et inférieure de l'humérus par le massage et la mobilisation, par Lucas-Championnière. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, septembre.) — Fracture du fémur par coup de feu, pseudarthrose par corps étrangers, balle, fragment de vêtement, extraction, guérison, par Gaudier. (*Gaz. des hôp.*, 18 septembre.) — Des fractures de la tête du fémur et de leur traitement, par Brown. (*Journal Americ. med. ass.*, 14 juillet.) — Fracture intra-capsulaire du col du fémur, par Lambotte. (*Ann. Soc. med. Anvers*, mars.) — Guérison des fractures du col du fémur par résection de la hanche, par Lejars. (*Congr. franç. chir., Bulletin méd.*, 24 octobre.) — Des fractures de la rotule, étiologie, traitement, par Baehr. (*Samml. klin. Vortraege*, n° 107.) — D'une variété rare de fracture de l'extrémité supérieure du tibia, par Balliez. (*Thèse de Lille.*) — Traitement des fractures du corps du fémur, par Eliot. (*Journal Americ. med. ass.*, 14 juillet.) — Cinq cas de fractures compliquées de cou-de-pied, par Balch. (*Boston med. journal*, 30 août.) — Méthode de Landerer de traitement des fractures, par Lumniczer. (*Lancet*, 27 octobre.) — Traitement de la fracture classique du radius, par Petersen. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 mai.) — Attelles de Bruns permettant la marche, par Garré. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 mai.) — De la prothèse interne au moyen d'attelles en aluminium dans le traitement des pseudarthroses, par Doizy. (*Thèse de Lille.*) — Traitement des fractures compliquées, par Mudd. (*Journal Americ. med. ass.*, 14 juillet.)

## G

**Gale.** — De la gale et des accidents para-galeux, par Leloir. (*Bull. méd.*, 25 juillet.)

**Gangrène.** — Sur un cas de gangrène massive de la jambe et du pied gauche, par Pitres et Sabrazès. (*Arch. de méd. exp.*, VI, 5.) — Etude clinique sur un cas de gangrène de toute la jambe droite, suite d'un rhumatisme articulaire aigu, par Kemellis. (*Progrès médical*, 28 juillet.) — Gangrène causée par l'acide phénique, par Morestin. (*Soc. anat. Paris*, 1er juillet.) — Forme de gangrène cutanée avec formation de pustules, par Rotter. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 3.) — Bactériologie de l'emphysème septique, bacillus-coli,

par Chiari. (*Prager med. Woch.*, 1, 1893.) — De l'intervention chirurgicale dans la gangrène spontanée des extrémités inférieures, par Lacq. (*Thèse de Toulouse.*)

**Génitaux (Organes).** — Sur un nouveau cas de valvule de la muqueuse préputiale, par Thiéry et Logerot. (*Soc. anat. Paris*, 8 juin.) — De l'hypospadias balanique, par Loumeau. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er mars.) — Incontinence d'urine et des matières fécales guérie par la circoncision, par Rosenberg. (*Medical Record*, 11 août.) — Lésions traumatiques des corps caverneux, par d'Haenens. (*La policl. Bruxelles*, 1er septembre.) — 2 observations de kystes mucoïdes sous-préputiaux, par Dardignac. (*Arch. prov. de chir.*, III, 10.) — Traitement chirurgical du cancer du pénis, par Lasserre. (*Thèse de Bordeaux.*) — Nouvelle méthode d'amputation du pénis, par Pousson. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 septembre.) — Nouvelle méthode d'amputation du pénis, par Donnadieu. (*Arch. clin. Bordeaux*, juillet.) — De l'hydrocèle chez la femme, par Eisenhart. (*Münch. med. Woch.*, 9.) — Cinq cas d'hydrocèle chez la femme, par Smith. (*Brit. med. j.*, 28 juillet.) — Cellules de fermentation comme agent pathogène dans le conduit génital chez la femme, par Colpe. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 3.) — Indications et contre-indications du traitement marin chez les femmes neurasthéniques dans la convalescence des inflammations génitales, par Doléris. (*Méd. mod.*, 4 août.) — Des prolapsus génitaux, par Duplay. (*Bull. méd.*, 10 octobre.) — Les premières étapes du prolapsus génital, par Lejars. (*Gaz. méd. Paris*, 4 août.) — Atrophie cutanée progressive de la vulve, kraurosis vulvæ, par Reed. (*N.-York med. j.*, 29 septembre.) — L'examen rectal pour le diagnostic des lésions difficiles du système génital, par Brinley. (*Journ. of cutan. dis.*, septembre.)

**Géographie médicale.** — Contribution à la géographie médicale, renseignements recueillis pendant la campagne du *Champlain*, par Hervé. (*Arch. de méd. nav.*, septembre.)

**Glaucome.** — Le glaucome est une lymphangite de l'œil qui guérit par des sclérotomies répétées, par Galezowski. (*Rec. d'opht.*, 8.) — Le glaucome primitif et la papillite glaucomateuse, par Bitzos. (*Ann. d'ocul.*, août.) — Ponction sidérale substituée à l'iridectomie dans les glaucomes, par Smith. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — Moyen de diminuer la tension oculaire dans le glaucome, par Walker. (*Ibid.*)

**Goutte.** — Pathogénie de la goutte, par Levison. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 3 et 4.) — Un cas de lithémie simulant une tumeur cérébrale, par Brainerd. (*Journal Americ. med. ass.*, 28 juillet.) — Traitement de la goutte et de la gravelle, par Mordhorst. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Pipérazine et autres agents dans le traitement de la goutte, par Mapother. (*Practitioner*, octobre.) — Un nouveau dissolvant de l'acide urique dans la goutte, par Grawitz. (*Deut. med. Woch.*, 11 octobre.) — Des médicaments appropriés et de leur mode d'action dans la goutte et la diathèse urique, par Mordhorst. (*Wiener med. Woch.*, 30 juin.)

**Greffe.** — Sur la greffe autoplastique après section totale d'un doigt, par Hublé. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Sur la greffe osseuse hétéroplastique, par Mossé. (*Arch. de phys.*, VI, 4.)

**Grippe.** — L'épidémie d'influenza de 1893-94, à Fribourg-en-Brisgau, par Baumler. (*Münch. med. Woch.*, 9, p. 161.) — Une épidémie locale d'in-

fluenza typhoïde, par WORNER. (*Ibid.*, 7.) — De l'influenza, par REICHL. (*Prager med. Woch.*, 28.) — Note sur des cas graves d'influenza, par BURGESS. (*Dublin journ. of med. sc.*, juillet.) — Etat des poumons après la grippe, par HAYNE. (*Practitioner*, octobre.) — De la grippe chronique à forme tuberculeuse, par MIZON. (*Thèse de Lille.*) — Hypochondrie suite de grippe, par STEPHENS. (*Lancet*, 29 septembre.) — Hystéro-épilepsie suite de grippe, par MUSMECI. (*Riv. clin. e terap.*, août.) — Grippe à déterminations méningées, par LESTRA. (*Thèse de Lyon.*) — Complications grippales dans les affections chirurgicales, par B. BROCKLIE. (*Now. lek.*, mai.) — Panophtalmie suite de grippe par LAVAGNA. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVII, 9 et 10.) — Des complications génito-urinaires de la grippe, par LAMARQUE. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, septembre.) — Traitement des complications et de la convalescence de la grippe par les eaux d'Euzet-les-Bains, par BOX. (*N.-Montpellier méd.*, n° 4 (suppl.), p. 417.)

**Grossesse.** — De l'examen des femmes en couches par le rectum, par RIES. (*Cent. f. Gynaek.*, 13 octobre.) — De la précocité des mouvements fœtaux, par VOITURIEZ. (*Arch. de tocol.*, août.) — Etude clinique sur l'état des organes urinaires et des reins dans la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, par TRANTENROTH. (*Zeit. f. Geburts.*, XXX, 1.) — Soins à donner aux femmes enceintes, par DEWEES. (*Journal Americ. med. ass.*, 29 septembre.) — Du prolapsus dans l'utérus gravide, par DHAINE. (*Thèse de Lille.*) — Rétention d'urine par rétroflexion de l'utérus gravide, réduction, cessation des accidents, continuation de la grossesse, par HARTMANN. (*Ann. de gynéc.*, octobre.) — Grossesse et pneumonie, par DEROUBAIX. (*Thèse de Lille.*) — Tuberculose à marche rapide pendant la grossesse, son influence sur la mère et l'œuf, par REMY. (*Arch. de tocol.*, septembre.) — 3 cas de néphrite dans la grossesse, par MC GREW. (*Americ. j. of obst.*, septembre.) — De la néphrite de la gestation et de ses suites, par LIELL. (*Medical Record*, 22 septembre.) — Nutrition fœtale anormale dans la grossesse gémellaire, par HUPP. (*Medical Record*, 21 juillet.) — Cancer et grossesse, par DELORE. (*Congr. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 14 octobre.) — Un cas de grossesse consécutive à la guérison par ponction d'une double collection tubaire, par BÉTRIX. (*Nouv. Arch. d'obst.*, juin.) — Grossesse après ventro-fixation de l'utérus, par GOODWIN. (*Americ. j. of obst.*, septembre.) — Grossesse compliquée par des tumeurs ovariennes, par A. ROSNER. (*Przegl. lek.*, juin-juillet.) — De la grossesse fausse ou imaginaire, par MARYAUTCHIK. (*Nouv. Arch. d'obst.*, avril.) — Strychnine comme tonique pendant la grossesse, par BARKER. (*Philad. county med. soc.*, 12 septembre.) — Etiologie des grossesses extra-utérines, par MARTIN. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 avril.) — Classification des grossesses extra-utérines, par WEBSTER. (*Americ. j. of obst.*, août.) — De la caduque, decidua circumflex, et de son état dans la grossesse ectopique, par FRAENKEL. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 1.) — Anatomie de la muqueuse utérine dans la grossesse ectopique, par DOBBERT. (*Ibid.*, XLVII, 2.) — Grossesse tubaire compliquée d'hématocèle et accompagnée d'hémorragies abondantes, par PILLIET et AUVRAY. (*Soc. anat. Paris*, 1er juin.) — Grossesse extra-utérine récidivée, par WYDER. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juillet 1893.) — Grossesse extra-utérine simulant une rétroversion de l'utérus gravide, par BARBOUR. (*Edinb. med. j.*, septembre.) — Grossesse extra-utérine, par MOSS. (*Ibid.*, novembre.) — Grossesse tubo-ovarienne, par DJEMIL-BEY. (*Congr. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 21 octobre.) — Lithopédion non calcaire, farci de noyaux mélaniques, trouvé à l'autopsie d'une femme morte de mélanose, par SONNENBURG. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 février.) — Grossesse tubaire, rupture du kyste au 4e mois, laparotomie, guérison, par BRISCOE. (*Lancet*, 13 octobre.) — Grossesse extra-utérine,

fœtus intra-péritonéal, laparotomie à 10 mois, enfant mort, guérison, par Houzel. (*Ann. de gynéc.*, septembre.)

**Gynécologie.** — Du rôle du système nerveux dans les affections gynécologiques, par Muret. (*Nouv. Arch. d'obst.*, juillet.) — Relations des petites et des grandes maladies en gynécologie, par Frederick. (*Americ. j. of obst.*, octobre.) — Indications et contre-indications du traitement marin chez les femmes neurasthéniques, par Doléris. (*Nouv. Arch. d'obst.*, juillet.) — Chirurgie conservatrice gynécologique, par Polk. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — De la thérapeutique en gynécologie, par Cerné. (*Normandie méd.*, 15 juillet.) — De l'ichtyol en gynécologie, par Storer. (*Boston med. journal*, 2 août.)

H

**Helminthes.** — Remarques sur l'article de Bückler : Rapport des cellules éosinophiles du sang avec les cristaux de Charcot dans les fèces des malades porteurs de vers intestinaux, par Leichtenstern. (*Münch. med. Woch.*, 7.) — Sur quelques cestodes monstrueux, par R. Blanchard. (*Progrès médical*, 5 juillet.) — Contribution à l'étude des anthelmintiques; action physiologique de la pelletiérine ; action physiologique et thérapeutique de l'embellate d'ammoniaque, par Coronedi. (*Lo Sperimentale*, p. 40 et 119.)

**Hémorragie.** — Hémophilie chez une jeune fille de 13 ans réglée pour la première fois, par Olivier. (*Journ. de méd. Paris*, 5 août.) — La digitale dans l'hémoptysie et l'épistaxis, par Liégeois. (*Journal des Praticiens*, 27, p. 316.) — Des astringents par voie gastrique dans les hémorragies, par Liégeois. (*Ibid.*, 24, p. 283.) — Résurrection dans un cas d'hémorragie par l'injection de solution salée dans l'artère radiale, par Kelly. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Nouveau procédé d'hémostase, par Millot-Carpentier. (*Bull. Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 13 juin.)

**Hémorroïde.** — Les hémorroïdes, indications opératoires, traitement chirurgical, par Catala. (*Thèse de Toulouse.*) — Pathologie et symptomatologie des hémorroïdes, des fistules anales et des fissures anales, par Powell. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 juillet.) — Nouvelle opération non sanglante pour l'excision des hémorroïdes, réunion par première intention, par Bishop. (*Therapeut. Gaz.*, 15 juin.) — De l'opération des hémorroïdes, par Trinkler. (*Cent. f. Chir.*, 28 juillet.) — Valeur de la solution éthérée d'iodoforme dans le traitement des hémorroïdes, par Beck. (*N.-York med. j.*, 21 juillet.)

**Hérédité.** — De l'imprégnation ou hérédité par influence, par Regnault. (*Gaz. des hôp.*, 22 septembre.) — Les unions consanguines et l'hérédité, par Lagneau. (*Bull. Acad. méd.*, 25 septembre.)

**Hernie.** — Contribution à l'étude des hernies, par Ostermayer. (*Wiener*

*med. Woch.*, 23 juin.) — De la tuberculose herniaire, par Renault. (*Thèse de Bordeaux.*) — Deux cas de tuberculose herniaire, par Faguet. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 12 août.) — Sur la hernie étranglée réduite en masse et son traitement par le taxis après une expulsion nouvelle, par Doubrère. (*Thèse de Bordeaux.*) — De la dyspepsie hernieuse, par Zabé. (*France méd.*, 5 janvier.) — Hernie héréditaire et congénitale, par K. Szadek. (*Przegl. lek.*, juin-juillet.) — La douleur abdominale trompeuse dans la hernie latente ; aspect chirurgical de certains cas de soi-disant indigestion, par Bennett. (*Lancet*, 15 septembre.) — Traitement opératoire des hernies diaphragmatiques, par Neumann. (*Deut. med. Woch.*, 16 août.) — Hernie inguinale avec hernie de la vessie, cure radicale, par Rose. (*Lancet*, 28 juillet.) — Forme rare d'étranglement dans les hernies inguinales, par Lauenstein. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 3.) — Hernie inguino-propéritonéale gauche chez une femme, renfermant le cœcum et l'appendice perforé. Herniotomie, guérison, par Kroenlein. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 février.) — Sur l'opération radicale des hernies inguinales par le procédé de Bassini, par E. Gliksman. (*Gaz. lek.*, juin.) — De la cure radicale de la hernie inguinale chez l'homme, par Tussau. (*Lyon médical*, 26 août.) — L'appendice vermiculaire dans les hernies, 7 cas, par Ktaft. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVI, 20.) — Hernie crurale étranglée pendant la grossesse, par Gaudier. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Hernie crurale étranglée, par Weissinger. (*N.-York med. j.*, 6 octobre.) — Cure radicale des hernies ombilicale et épigastrique, par Lucas-Championnière. (*Cong. franç. chir.* et *Bull. méd.*, 24 octobre.) — Bandage herniaire avec pelottes remplies de glycérine, par Landerer. (*Cent. f. Chir.*, 13 octobre.) — Nouvelle opération pour la hernie, par Phelps. (*N.-York med. j.*, 8 septembre.) — Sur le traitement des hernies par des injections d'huile de mercure, par T. Mayzel. (*Przegl. lek.*, avril-mai.) — Le traitement de la hernie étranglée, par Ashhurst. (*Philad. Acad. of surg.*, 7 mai.) — Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies, par Mauviez. (*Thèse de Lyon.*) — Cure radicale des hernies, par v. Buengner. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVIII, 6.) — De la cure radicale des hernies à l'hôpital Trousseau à Paris, par Gordon. (*Deut. med. Woch.*, 18 octobre.) — Deux herniotomies pratiquées par la méthode de Bassini sur un enfant de 5 ans, par Milliken. (*Medical Record*, 14 juillet.) — De l'entérorraphie dans la hernie gangrenée, par Sternberg. (*Thèse de Bordeaux.*)

**Herpès.** — Troubles mentaux cause d'herpès, par Roche. (*Brit. med. j.*, 20 octobre.) — Les corps protozoïformes de l'herpès zoster, par Hartzell. (*Journ. of cutan. dis.*, septembre.)

**Histologie.** — Méthode nouvelle de coloration de la myéline et de la graisse par l'acide osmique et le tannin ou ses analogues, par Azoulay. (*Soc. de biol.*, 28 juillet.) — Le vanadate d'ammoniaque en histologie, par Azoulay. (*Ibid.*) — De la coloration spécifique du protoplasma de l'épithélium, par Unna. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIX, 6.)

**Hôpital.** — Etablissement et maintien des petits hôpitaux, par Worcester. (*New-York.*) — Organisation des services de l'hôpital des enfants de Berlin, par A. Baginsky. (*Hyg. Rundsch.*, LV, 10, p. 461.)—Les nouveaux services de chirurgie à l'hôpital Cochin, par H. Belouet. (*Rev. d'hyg.*, avril.) — Le nouvel hôpital de Stockholm pour les maladies épidémiques, par Talayrack. (*Ibid.*, mars.) — Le blanchissage dans les hôpitaux de Paris, par Ph. Kremer. (*Ibid.*, février.) — Les nouvelles baraques en magnésite de l'hôpital des enfants de Berlin, par Julius Simon. (*Berlin. klin.*

*Woch.*, 12 février.) — Sur l'organisation de l'assistance hospitalière il y a un siècle et son organisation actuelle, par Bondet. (*Lyon méd.*, 29 juillet.)

**Hydatide.** — Hydatide du cerveau, par Hawkes. (*Australian med. j.*, XVI, 4.) — Kyste hydatique du cou chez une enfant de 4 ans, par Smith. (*New Zealand med. j.*, VII, 2.) — Kyste hydatique du tissu cellulaire sous-cutané, par Duplay. (*Union médicale*, 12 juillet.) — Des kystes hydatiques alvéolaires du foie, par Létienne. (*Méd. mod.*, 29 septembre.) — 21 cas de kystes hydatiques : 13 du foie, 3 du poumon, 3 de l'abdomen, 2 des muscles, par Ross. (*Austral. med. Gaz.*, 15 juillet.) — Du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques du foie chez l'enfant, par Duval. (*Thèse de Lille.*) — Un kyste à échinocoques simulant l'ascite, par Hartwig. (*Med. Record*, 28 juillet.) — Kyste hydatique du foie guéri par injections de sublimé, par Carl Brunner. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er avril.) — Kystes hydatiques multiples de l'épiploon et du petit bassin, par Monod. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 452.) — Kystes hydatiques multiples des épiploons, par Goullioud. (*Cong. franc. chir.* et *Bull. méd.*, 24 octobre.) — Sur quelques cas d'hydatides des muscles, par Reboul. (*Ibid.*, 28 oct.)— Hydatides des os, par Targett. (*Guy's hosp. Rep.*, L, p. 309.)

**Hydroa.** — De l'hydroa vacciniforme, par Brocq. (*Soc. franc. de dermat.*, 3 août.)

**Hydrothérapie.** — Traité théorique et pratique d'hydrothérapie médicale, par Bottey. (In-8°, 599 p., *Paris.*) — Etude expérimentale sur l'action de la douche, par Hegglin. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 1 et 2.) — De l'hydrothérapie en médecine et en chirurgie, par Blanc. (*Thèse de Bordeaux.*)

**Hygiène.** — Précis d'hygiène privée et sociale, par Lacassagne. (4e édit., in-18, *Paris.*) — Travaux du laboratoire d'hygiène de l'Université de Pavie, par G. Sormani. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 avril.) — Sur la vulgarisation de l'enseignement de l'hygiène, par Guiraud. (*Rev. d'hyg.*, avril.) — L'hygiène publique à Haïphong, par Simon. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — De la réforme sanitaire dans la région pyrénéenne, par Maupomé. (*Thèse de Bordeaux.*) — L'arrêté sur la déclaration obligatoire des maladies épidémiques, par E. Vallin. (*Rev. d'hyg.*, janvier.) — De l'assistance médicale en Algérie, par Charbonnier. (*Thèse de Bordeaux.*) — Le service médical dans les hôpitaux, par Arthur Hartmann. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 6, p. 628.)— L'asile municipal Michelet pour femmes enceintes, par O. du Mesnil. (*Ann. d'hy. publ.*, février.) — Les bureaux de bienfaisance à Paris, par Durand. (*Ibid.*, janvier.) — La conférence sanitaire internationale de Paris en 1894, (*Hyg. Rundsch.*, IV, 94, p. 420.) — L'inspection sanitaire des voyageurs et la désinfection des effets suspects de choléra à la gare de Tilsit, par v. Olfers. (*Cent. f. allg. Gesund.*, XII.) — Décret du 10 mars sur les mesures de protection et de salubrité applicables dans toutes les industries. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.) — Rapport sur une inspection des campements quarantenaires de El Tor et de Ras Mallap, par H. Bitter. (*Alexandrie*, 1893.) — Rapport au conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur l'épidémie de choléra de 1893, par A. Devaux. (*Mouvement hygiénique*, X, 1.) — Classement en trois catégories, par le conseil supérieur d'hygiène de Belgique, des marchandises susceptibles ou non de transmettre le choléra. (*Ibid.*, X, 5, p. 214.) — Des mesures hygiéniques et prophylactiques dans les hôpitaux d'enfants et les orphelinats, par Czerny. (*Prager med. Woch.*,

17.) — La dissémination des maladies infectieuses par les écoles, par Dukes. (*Lancet*, 13 octobre.) — Essai d'exploration physique des écoliers de l'enseignement primaire, à Saint-Pétersbourg, par A.-J. Ekkert. (*Vratch*, 23 juin.) — Examen de l'air des salles d'une clinique de l'Université de Tomsk, par Timachew. (*Ibid.*, 28 juillet.) — La désinfection des locaux et du mobilier des écoles en cas d'épidémie, par Napias. (*Rev. d'hyg.*, XV, 8, p. 682.) — Chauffage par la vapeur à basse pression de l'ancienne pinacothèque de Munich, par E. Voit. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 1, p. 24.) — La crèche Hippolyte Noiret, à Rethel, par G. Drouineau. (*Rev. d'hyg.*, janvier.) — De la conduite à tenir dans les écoles en cas de fièvre typhoïde ou de choléra, par Ernest Mosny. (*Ann. d'hyg. publ.*, janvier.) — Recherches sur l'éclairage naturel dans les écoles de Neuchâtel, par C. Narbel. (*Thèse de Berne.*) — Eclairage des typographes, par Couetoux. (*Ann. d'ocul.*, août.) — Des logements ouvriers, par Albrecht. (*Hyg. Rundschau*, IV, 6, p. 256.) — L'industrie du blanchissage et les buanderies modernes, par J. Rochard. (*Union médicale*, 5 juin.) — L'entraînement intensif à la bicyclette, par Tissié. (*Rev. scientif.*, 20 octobre.)—Le foot-ball, état physique des joueurs au point de vue de l'entraînement physique, par Beyer. (*Americ. j. of med sc.*, septembre.) — Observations physiologiques concernant un record vélocipédique, par Tissié. (*Arch. de phys.*, VI, 4.) — Sur un cas de surmenage intellectuel étudié au point de vue clinique et chimique, par Coustan et Œschner de Conink. (*Soc. de biol.*, 20 octobre.) — L'alimentation du peuple des grandes villes, par L. Moraht. (*Cent. f. allg. Gesund.*, XII et *Hyg. Rundsch.*, IV, 6, 246.) — L'abatage des animaux de boucherie, étude comparée des diverses méthodes, par Dembo. (In-8°, 92 p., *Paris.*) — Discussion sur ce travail à l'Académie de médecine, par Dieulafoy, Weber, etc. (*Bull. Acad. de méd.*, 31 juillet.) — L'installation des clos d'équarissage, par Nocard. (*Ann. d'hyg. publ.*, mars.) — Rapport sur l'examen des substances alimentaires, exécuté au laboratoire histo-chimique à Séville, par Murga. (*Rev. intern. des falsif.*, VI.) — Essais d'imperméabilisation des parquets, murailles et plafonds des casernes, par Claudot et Follenfant. (*Rev. d'hyg.*, avril.) — Nouveau modèle de tombereau pour immondices urbaines, par Lebach. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 6, p. 264.) — Four pour comburer les déchets animaux et ordures ménagères, par H. Kori. (*Ibid.*, IV, 1, p. 26.) — Production de maladies par l'air des égouts, par Jacobi. (*N.-York med. j.*, 28 juillet.) — Rapport sur les visites des prostituées pendant la foire de Nijni-Novgorod, par Cholevinski. (*Vratch*, 28 avril.) — La prostitution à la foire de Nijni-Novgorod et sa réglementation, par Mme Eltzina. (*Gaz. hebd. Paris*, 1er septembre.)

**Hypnotisme.** — Hypnotisme et hystérie, par Jolly. (*Münch. med. Woch.*, 13, p. 247.) — De l'hypnose comme moyen curatif, par Forel, (*Ibid.*, 8.) — Quelques effets physiologiques de la musique chez des sujets hypnotisés, par Warthin. (*Med. News*, 28 juillet.) — De la réviviscence de la sensibilité du membre amputé chez un sujet en état hypnotique, par Luys. (*Soc. de biol.*, 21 juillet.) — Vomissements incoercibles chez une hystérique de 14 ans, guérison par la suggestion, par Dumontpallier. (*Soc. franç. d'hypnologie*, 15 juillet.) — Attaques convulsives hystéro-épileptiques, guérison par l'hypnotisme, par A. Voisin. (*Ibid.*)

**Hystérie.** — Hystérie et suggestion, par Loewenfeld. (*Münch. med. Woch.*, 7 et 8, p. 117 et 146.) — Sur l'hystérie dans l'armée, par B.-S. Greidenberg. (*Vratch*, 30 juin.) — Sur l'hystérie chez les soldats, par Blumenau. (*Ibid.*, 26 mai.) — De l'hystérie chez l'homme, par Walker. (*Edinb. med. j.*, octobre.) — Un cas rare d'hystérie mâle, par Robitschek. (*Wiener med.*

*Presse*, 19 août.) — Gravité de l'hystérie, par Eliot. (*N.-York med. j.*, 29 septembre.) — Rapport de l'hystérie et de la folie, par Ballet. (*Cong. méd. alién.* et *Arch. de neurol.*, septembre.) — Essai sur l'automatisme, par Lhomme. (*Thèse de Lyon.*)—Sur un cas d'hystérie à forme particulière, par Lépine. (*Rev. de méd.*, août.) — Deux cas de paralysies hystériques guéries par les pilules de bleu de méthylène, par Pitres. (*Arch. clin. Bordeaux*, juillet.) — Sur une forme hystérique de la maladie de Raynaud et de l'érythromélalgie, par Lévi. (*Soc. de biol.*, 20 octobre.) — De l'hémiplégie hystérique, par Bardonnet. (*Thèse de Lyon.*) — Apoplexie hystérique, difficultés du diagnostic différentiel entre cette apoplexie et l'hémiplégie cérébrale, par Rendu. (*Semaine méd.*, 29 août.) — Forme rare d'impulsion ambulatoire chez une hystéro-épileptique par traumatisme, par Antonini. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 2.) — De la démence hystérique, par Sanie. (*Thèse de Toulouse.*) — Un cas de catalepsie, par Landau. (*Wiener med. Presse*, 26 août.) — Un cas de mutisme hystérique, par Marotte. (*Province méd.*, 25 août.) — Hystérie chez un enfant, attaques de léthargie, traitement par l'hypnotisme, par Diller. (*Brain*, 64.) — Hystérie grave provoquée par les manœuvres de magnétiseurs et spirites de profession, par Tournier. (*Province méd.*, 1er septembre.) — Des vomissements hystériques, par Roussel. (*Thèse de Toulouse.*) — Vomissements hystériques par Rucker. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 28 juillet.)—Sur l'oligodactylie cubitale chez les hystériques, par Féré. (*Soc. de biol.*, 28 juillet.) — Deux observations de mensonges ou de prétendus mensonges des hystériques, par Ch. Vibert. (*Ann. d'hyg. publ.*, février.) — La thérapeutique par suggestion dans les affections hystériques de l'œil, par de Bono. (*Arch. di ottalm.*, I, 12, p. 417.)

## I-K

**Ichtyose.** — Ichtyose congénitale, par Sherwell. (*Journ. of cutan. dis.*, septembre.)

**Idiotie.** — Craniectomie circulaire pour idiotie, par Dumont. (*Corresp.-Bl. f. schweizer Aerzte*, 1er avril.) — Traitement chirurgical de l'idiotie et de la microcéphalie, résultats de l'opération de Lannelongue, par Variot. (*Journ. de clin. infant.*, 5 juillet.)

**Impetigo.** — De l'impetigo herpétiforme, par Dauber. (*Arch. f. Dermat.*, XXVIII, 2 et 3.)

**Inanition.** — De l'hypertrophie compensatrice des reins dans l'inanition, par Sacerdotti. (*Giorn. accad. med. Torino*, LVII, 9 et 10.)

**Infection.** — Les agents atmosphériques et les maladies infectieuses, par A. Charrin. (*Rev. d'hyg.*, XVI, 97.) — De l'évolution des maladies infectieuses, par Fiessinger. (*Gaz. méd. Paris*, 14 juillet.) — Les maladies infectieuses, leur genèse, leur nature et les moyens de les combattre, par W. Plange. (*Berlin.*) — A propos des infections glandulaires ; sur le rôle

du terrain et du germe, de la clinique et de l'expérimentation dans les infections, par MONNIER. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 septembre.) — Des maladies infectieuses au point de vue moderne, par BEHRING. (*Deut. med. Woch.*, 30 août.) — Que doit-on classer comme maladie infectieuse dangereuse, par PRIESTLEY. (*Lancet*, 27 octobre.) — 2 cas d'une maladie générale infectieuse d'origine intestinale, par BOSC. (*Rev. de méd.*, août.) — L'électricité et la lumière dans le traitement des maladies infectieuses, par DE RENZI. (*Riv. clin. e terapeutica*, n° 4, p. 169.)

**Inflammation.** — Considérations sur différents types d'inflammation exsudative, par DOWD. (*Medical Record*, 8 septembre.) — De l'inflammation, par PORTER. (*Americ. med. surg. Bulletin*, 1er octobre.)

**Injection.** — L'injection hypodermique de sulfate de magnésie comme purgatif, par FINCKE. (*Med. News*, 25 août.) — Technique et principales formules des injections mercurielles hypodermiques, par CH. MAURIAC. (*Journal des praticiens*, n° 12, p. 133.) — Quelques remarques critiques au sujet des injections sous-conjonctivales de sublimé, par MUTELMILCH. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — Anesthésie cutanée à la suite d'injection de thiosinamine, par KEITEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 décembre 1893.) — Nouvelles recherches sur la valeur thérapeutique des fluides organiques, spécialement de la spermine, en solutions stérilisées, par KRIEGER. (*Medical Record*, 6 octobre.)

**Intestin.** — De la putréfaction intestinale, par SCHMITZ. (*Zeit. f. phys. Chemie*, XVII, p. 401.) — L'appendicite, par ROCHET. (*Ann. soc. belge de chir.*, 15 juillet.) — De l'appendicite, par MUMFORD. (*Boston med. Journal*, 2 août.) — 3 cas d'appendicite, par IRISH. (*Ibid.*, 2 août.) — 3 cas d'appendicite, par BEACH. (*Ibid.*, 2 août.) — 4 cas d'appendicite, par HALL. (*Americ. j. of. obst.*, septembre.) — Des inflammations du cœcum et des annexes, par COUTEAUD. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — De l'appendicite, par MARTY. (*Thèse de Toulouse.*) — Gastrite proliférante et périty phlite chronique consécutive à une oblitération calculeuse de l'appendice vermiforme, par JUERGENS. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 février.) — Typhlite et appendicite, par NIMIER. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Appendicite perforante primitive, par SOTTAS. (*France méd.*, 26 janvier.) — 4 cas récents d'appendicite aiguë considérés au point de vue chirurgical, par JACOBSON. (*Medical Record*, 6 octobre.) — Etude de l'aspect médical de 4 cas récents d'appendicite aiguë, par HEFFRON. (*Ibid.*, 6 octobre.) — Périty phlite expérimentale, par ROUX. (*Congr. franç. chir. Bulletin méd.*, 24 octobre.) — 22 cas d'appendicite. Remarques sur le diagnostic et le traitement, par MONOD. (*Ibid.*, 21 octobre.) — De la cure radicale de la périty phlite récidivante, par KUEMMELL. (*Deut. med. Woch.*, 2 août.) — Contribution au traitement opératoire de la périty phlite, par ROBITZSCH. (*Münch. med. Woch.*, 16, p. 302.) — Tuberculose du cœcum, par MARIE. (*Soc. anat. Paris*, 15 juin.) — De la variété chirurgicale des tumeurs cœcales tuberculeuses, par COQUET. (*Thèse de Paris.*) — Constipation et défécation, par CUTTER. (*Journal Americ. med. Ass.*, 28 juillet.) — Atonie de l'intestin, par FRIEDENWALD. (*Med. News*, 31 août.) — Des entérites à amibes, par N.-S. LOBAS. (*Vratch*, 28 juillet.) — Rapports entre la colite ulcéreuse et la néphrite granuleuse, par BALLANTYNE. (*Edinb. med. j.*, août.) — Un symptôme peu observé (douleur au niveau du plexus cœliaque) dans les affections nerveuses de l'intestin, par LAHUSEN. (*Münch. med. Woch.*, 6, p. 105.) — Traitement de l'entérite muco-membraneuse, par MATHIEU. (*Gaz. des hôp.*, 27 octobre.) — Lavage huileux de l'intestin dans la constipation, par COLLIGNON. (*Union méd. du*

*Nord-Est*, n° 1, p. 16.) — Sur les effets de la constipation des opérés et leur alimentation pendant la durée de la constipation, par Delorme. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 464.) — Maladie du duodénum, par Perry et Shaw. (*Guy's hosp. Rep.*, 4, p. 171.) — L'ulcère simple du duodénum, par Letulle. (*Presse méd.*, 20 octobre.) — De l'ulcère perforant du duodénum, par Lockwood. (*Lancet*, 28 octobre.) — Rétrécissement de l'intestin par un myome du jéjunum, par Geissler. (*Thèse de Strasbourg.*) — Cancer de l'S iliaque; perforation, mort, autopsie, par Lund. (*Boston med. Journal*, 30 août.) — Plaie intestinale guérie sans suture, par Boulland. (*Limousin méd.*, septembre.) — Résections et sutures intestinales pratiquées sur le chien, par Zuccarelli. (*Marseille médical*, n° 8, p. 239.) — Résultats opératoires d'une entéro-anastomose et d'une entérectomie, avec entérorraphie chez le chien, par Binaud et Sengensse. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 mai.) — Indications et technique de la colostomie, par Witzel. (*Cent. f. Chir.*, 6 octobre.) — Recherches expérimentales sur les entérectomies par la méthode de Murphy, par Villard. (*Lyon méd.*, 7 octobre.) — De l'anastomose par le bouton de Murphy, par Zielewicz. (*Cent. f. Chir.*, 27 octobre.) — Entérectomie avec le bouton de Murphy, guérison par Swain. (*Lancet*, 20 octobre.) — De l'emploi du bouton de Murphy dans la chirurgie intestinale, par Hartmann. (*Soc. anat. Paris*, 29 juin.) — Sur l'élimination du bouton de Murphy à travers l'intestin grêle, par Chaput. (*Ibid.*, 1er juillet.) — L'entéro-anastomose par les procédés de Senn et de Woelffler, par Chaput. (*Ibid.*, 14 juillet.) — Anastomose intestinale au moyen du bouton de Murphy avec relation d'un cas, par Stewart. (*Medical Record*, 15 septembre.) — Cancer du côlon transverse, excision, anastomose avec le bouton de Murphy, par Manges et Lilienthal. (*N. York med. j.*, 1er septembre.) — Sécrétion intestinale paralytique après résection pour un cancer du rectum, par Caro. (*Deut. med. Woch.*, 23 août.) — Résection intestinale dans la tuberculose, implantation de l'iléon dans le côlon et extirpation de la partie malade, par Koerte. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.) — Des résections intestinales, par Becker. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 1 et 2.)

**Iris.** — Anatomie et physiologie de l'iris, par Juler. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — Sur les lois nouvelles de la contraction pupillaire, par Henry. (*Acad. des sc.*, 30 juillet.) — Sur la pathogénie des iritis et des irido-choroïdites chez les jeunes sujets, par Clavelier. (*Thèse de Toulouse.*) — Opération de pupille centrale dans l'irido-cyclite grave, par Noyes. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — Les courants continus dans les iritis anciennes avec synéchies, par Pansier. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — Néoplasme de l'iris, par Beaumont. (*Trans. opht. soc. un. Kingdom*, XIV, p. 871.) — Tumeur primitive du corps ciliaire, par Collins. (*Ibid.*, p. 83.) — Tuberculose de l'iris, par Sandford. (*Ibid.*, p. 90.) — Pigmentation anormale de l'iris et du tissu épiscléral, par Lawford. (*Ibid.*, p. 95.) — Kyste de l'iris, par Mac Kinlay. (*Ibid.*, p. 167.) — 2 cas de kystes séreux de l'iris, par Clark. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*)

**Kyste.** — Kyste du conduit thyro-glossique, par Haeckel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 3.) — Des kystes branchiaux multiloculaires, par Zoppritz. (*Beit. z. klin. Chir.*, XII, 2.) — Des kystes épithéliaux traumatiques, par Blumberg. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVIII, 6.) — Kystes séreux congénitaux du cou et des membres, par Phocas. (*La Méd. infant.*, 15 septembre.) — Des kystes séreux des membres et du cou, par Gosse. (*Thèse de Lille.*) — Kyste dermoïde du médiastin, par Dardignac. (*Bull. soc. de Chir.*, XX, p. 414.) — Kyste de la partie supérieure du muscle soléaire, par Baraduc. (*Soc.*

*anat. Paris*, 8 juin.) — Kyste synovial du genou, par Fortin. (*Normandie méd.*, 1er août.)

## L

**Lacrymales (Voies).** — De quelques maladies rares de l'appareil lacrymal, par Baas. (*Münch. med. Woch.*, 6.) — Destruction complète des deux conduits lacrymaux, par Dunn. (*Arch. of opht.*, XXIII, 3.) — Des tumeurs de la glande lacrymale, par Dianoux. (*Ann. d'oculist.*, août, et *Gaz. méd. Nantes*, 12 août.) — Extirpation du sac lacrymal dans un cas rebelle de dacryocystite chronique, par Duclos. (*Ann. policlin. Bordeaux*, III, 7.)

**Lait.** — Composition et particularités du lait de mule, par A.-E. Aubert et D.-W. Colby. (*Chem. Zeit.*, XVIII.) — Nouveau succédané du lait de femme, par F. Hornef. (*Intern. klin. Rundsch.*, 1893.) — De la digestibilité du lait stérilisé et non stérilisé, par Bendix. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVIII, 4.) —De la pasteurisation du lait, indications et avantages, par Sarran. (*Thèse de Toulouse.*)—Le lait stérilisé, par J. Comby. (*Médecine moderne*, 14 mars.) — Sur l'acide citrique et le phosphate de chaux en dissolution dans le lait, par Vaudin. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 7.) — Sur la présence des staphylocoques dans le lait des accouchées bien portantes, par Genoud. (*Thèse de Lyon.*)

**Langue.** — Le frein de la langue, par Chervin. (*France méd.*, 25 mai.) — Un cas d'hémiatrophie linguale, par Geronzi. (*Arch. ital. di otol.*, II, 4.) — Tuberculome lingual, par Dardignac. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 420, et *Gaz. hebd. Paris*, 25 août.) — Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire, par Mendel. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 juillet.) — Des lipomes de la langue, par Duerbeck. (*Thèse de Fribourg.*) — Observation d'ankyloglosie, par Joly. (*Normandie méd.*, 15 juillet.) — De la grenouillette, par Estalella. (*Thèse de Madrid.*)

**Laparotomie.** — De la manière d'éviter les adhérences dans la laparotomie, par Baum. (*Journal Americ. med. Ass.*, 11 août.) — Cause de la soif après la laparotomie, par Boise. (*Americ. j. of obst.*, octobre.) — L'incision dans les laparotomies, méthodes, résultats, par Carstens. (*Ibid.*, octobre.) — Trois laparotomies faites en ville, par Weydlich. (*Prager med. Wochens.*, 28.) — Une année de laparotomies, 101 cas, 12 morts, par Carstens. (*Americ. j. of obst.*, octobre.)

**Larynx.** — Les sacs larygiens chez l'orang, par Demker. (*La Voix*, septembre.) — Clinique laryngologique de l'Université de Naples, compte rendu de l'année scolaire 1893-94, par Trifiletti. (*Arch. ital. di laring.*, XIV, 4.) — Sur la valeur des miroirs métalliques, par Ziem. (*Arch. int. de rhinol.*, VII, 5.) —Observations rhino-laryngologiques, par Z. Srebrny. (*Medycyna*, juin.) — Laryngite hypertrophique sous-glottique, poussée aiguë, par Lacoarret. (*Ann. policlin. Toulouse*, avril.) — Pathologie et traitement des laryngites chroniques hyperplasiques (laryngite sous-glottique chronique hypertrophique), par Sokolowski. (*Arch. f. Laryng.*, II, 1.) — Chéra-

tose sous-glottique circonscrite, par Masucci. (*Boll. mall. dell'orecchio*, XII, 8.) — Sur un cas d'œdème aigu sus-glottique survenu sans cause apparente, par Pryor. (*Medical Record*, 28 juillet.) — Un cas de laryngite phlegmoneuse, guérison à la suite de la trachéotomie, par Mareviry. (*Rev. int. de rhinol.*, IV, 13.) — Traitement des gonflements inflammatoires du larynx, par Bremer. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Neurasthénie laryngée, par Castex. (*Arch. int. de rhinol.*, VII, 5.) — Le malmenage vocal, par Castex. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — Des manifestations laryngées dans le tabes, par Schlesinger. (*Wiener klin. Woch.*, 28 juin.) — 2 cas de spasme de la glotte ; effets de la compression du nerf phrénique, par Bidon. (*Marseille médical*, 2, p. 743.) — Etude de la lèpre du larynx, par Bergongruen. (*Arch. f. Laryng.*, II, 1.) — Sur le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, par Capart. (*Soc. belge d'otol.*, juin.) — Traitement de la tuberculose laryngée, par Langmaid. (*Boston med. Journal*, 19 juillet.) — Un cas de syphilis héréditaire tardive du larynx, par Sokolowski. (*Arch. int. de laryng.*, VII, 5.) — Paralysie des abducteurs au cours de la syphilis tertiaire, par Boulay et Mendel. (*Ibid.*, VII, 4.) — Lordose cervicale, compression du cricoïde, rétrécissement du larynx, par Koscher. (*Wien. klin. Woch.*, 30 août.) — Sur un nouveau procédé d'insufflation des poudres dans le larynx, par A. Jaruntowski. (*Now. lek.*, juin.) — L'ichtyol dans le traitement des laryngites, par E. Sonnenberg. (*Medycyna*, juin, 1893.) — Sur le traitement parenchymateux des laryngites, par Korybut-Daszkiewicz. (*Gaz. lek.*, juin.) — De l'intubation du larynx dans la clientèle, par Galatti. (*Lyon méd.*, 23 septembre.) — L'intubation du larynx chez l'enfant et l'adulte, indication, valeur thérapeutique, simplification des instruments de O'Dwyer, par Ferroud. (*Thèse de Lyon.*) — Résultats de l'intubation du larynx par la méthode de O'Dwyer, par Bonain. (*Rev. de laryng.*, 1er août.) — Le tubage laryngien chez les adultes, par Schmiegelow. (*Ibid.*, 15 octobre.) — De l'intubation dans les rétrécissements du larynx non diphtériques, par Chiari. (*Wiener med. Blaetter*, 26.) — Méthode d'examen du larynx et d'ablation des tumeurs chez les enfants jeunes, nerveux ou indociles, par Spicer. (*Brit. med. Assoc. ; Journ. of laryng.*, octobre.) — Du galvano-cautère dans le traitement des tumeurs bénignes du larynx, quelques considérations au point de vue du chant, par Rousseaux. (*Rev. de laryng.*, 1er octobre.) — Contributions à l'étude des petites tumeurs du larynx, par Bergeat. (*Münch. med. Woch.*, 23, p. 454.) — Sur les polypes du larynx, par Delattre. (*Thèse de Lille.*) — De la structure et du développement histologique du fibrome des cordes vocales, par Chiari. (*Arch. f. Laryng.*, II, 1.) — De la pachydermie laryngée, aspect, anatomie pathologique, symptômes, par B. Fraenkel. (*Ibid.*) — De la pachydermie laryngée, par Chiari. (*Ibid.*) — Sclérome généralisé des voies respiratoires chez 2 frères, par Louis Secrétan. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, p. 201.) — Des papillomes du larynx, par Werner. (*Thèse de Heidelberg.*) — Kyste du larynx guéri par les injections d'acide phénique, par Ingals. (*New-York med. j.*, 1er septembre.) — Sarcome primitif du larynx, par Prœbsting. (*Münch. med. Woch.*, 20.) — Cancer du larynx, par Dieulafoy. (*Ann. de méd.*, 22 août.) — Sur la laryngotomie, par Fr. Kijewski. (*Gaz. lek.*, juillet.) — Observation de larygectomie par une nouvelle méthode, cancer, homme de 42 ans, guérison, par Swain. (*New-York med. j.*, 13 octobre.)

**Lèpre.** — Etiologie et prophylaxie de la lèpre, par Julius Goldschmidt. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 février.) — La distribution de la lèpre dans l'Amérique du Nord, par Hyde. (*Americ. j. of med. sc.*, septembre.) — Diagnostic et traitement de la lèpre, par Morrow. (*Ibid.*) — De la contagiosité de la

lèpre, apparition et extension de cette maladie en Nouvelle-Calédonie, par Grall. (*Arch. de méd. nav.*, septembre.) — Expériences thérapeutiques sur la lèpre faite à Pondichéry, par Gallay. (*Ibid.*) — Quelques remarques sur la lèpre, par Orme. (*Journal Americ. med. Ass.*, 25 août.) — Sur le procédé d'examen bactériologique de la lèpre par le vésicatoire suppuré, par Bodin. (*Rev. de méd.*, septembre.) — La lèpre chez les Kabyles, par Gémy. (*Soc. franç. de dermat.*, 4 août.) — De la lèpre à San-Francisco, par Montgomery. (*Journal Americ. med. Ass.*, 28 juillet.) — Action de l'huile de Chaulmoogra contre la lèpre, par Lévi. (*Arch. di farmac. e terap.*, I, 4.)

**Leucémie.** — Pathogénie et nature infectieuse de la lymphadénie (leucémie, adénie, pseudo-leucémie, etc.), par Barbier. (*Gaz. hebd. Paris*, 3 février.) — Leucocythémie guérie par la moelle d'os, par Bigger. (*Lancet*, 22 septembre.)

**Lèvre.** — Méthode d'autoplastie de la lèvre, par Schulten. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIV, 1 et 2.)

**Lichen.** — Sur un type clinique de lichen plan, par Audry. (*Soc. franç. de dermat.*, 3 août, et *Midi méd.*, 2 septembre.) — Lichen plan isolé de la bouche, par Frèche. (*Journ. méd Bordeaux*, 22 juillet.) — Lichen plan généralisé au tronc et aux membres, par Oppenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 février.) — Lichen plan symétrique à forme scléreuse, par Brault. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 juillet.) — Sur un cas de lichen scrofuleux simulant le pityriasis rubra et le lichen de Wilson, par Hallopeau. (*Ibid.*, 12 juillet,) — Etude clinique sur le strophulus ou lichen aigu simple de la première enfance, par Comby. (*La Méd. infantile*, 15 août.)

**Lipome.** — Des lipomes douloureux, par Severeanu. (*Progrès médical*, 28 juillet.) — Lipome arborescent du genou, par Faguet. (*Journal. méd. Bordeaux*, 22 juillet.) — Lipome sous-congénital, par Desbrières. (*Limousin méd.*, août.)

**Locomotion.** — La marche et la station chez l'homme sain et chez le malade myopathique, par Richer. (*Rev. scientif.*, 28 juillet.) — Un cas d'astasie-abasie, par de Cérenville. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 198.) — Sur la claudication intermitttente, par S. Goldflam. (*Medycyna*, juin.)

**Lupus.** — Sur la nature tuberculeuse du lupus érythémateux disséminé de la face et des membres, par Audry. (*Soc. franç de dermat.*, 4 août.) — De la tuberculose muqueuse non ulcéreuse, lupus scléreux et non variqueux, par Batut. (*Ibid.*) — Variétés communes du lupus, leur traitement, par Walker. (*Edinb. med. j.*, août.) — De la nature tuberculeuse du lupus érithémateux disséminé de la face et des membres, par Audry. (*Midi méd.*, 26 août.) — Du lupus tuberculeux superficiel, par Dubreuilh. (*Mercredi médical*, 24 janvier.) — Du lupus érythémateux, par Buri. (*Monats f. prakt. Dermat.*, XIX, 7.) — Le lupus tuberculeux et son traitement local, par M. Ceci. (*Il Morgagni*, janvier, p. 31.) — Du cancer sur le lupus, par Steinhauser. (*Beit. z. klin. Chir.*, XII, 2.) — Les instruments de l'examen phanéroscopique du lupus, par Oscar Liebreich. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 mars.) — Traitement du lupus érythémateux, par Thibierge. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 mai.)

**Luxation.** — Des luxations subites se produisant dans le cours de maladies

aiguës, par Champenois. (*Thèse de Lille.*) — Un cas de luxation de l'extrémité externe de la clavicule, variété sus-acromiale complète, par Boudaille. (*Arch. pror de chiv.*, III, 9.) — Luxation sus-acromiale de la clavicule traitée par la suture, par Alex. (*Lyon méd.*, 9 septembre.) — Des ruptures primitives de l'artère axillaire dans les luxations de l'épaule, par Ribéreau. (*Thèse de Bordeaux.*) — Subluxation traumatique de l'humérus, par Mueller. (*Cent. f. Chir.*, 20 octobre.) — Luxation de la tête de l'humérus en arrière produite pendant l'accouchement. Luxation retroglénoïdienne (sous-acromiale) par Schmitt. (*Münch. med. Woch.*, II, p. 211.) — Réduction d'une luxation du coude datant de 7 mois et demi, par Poncet, (*Lyon méd.*, 5 août.) — Luxation complète du coude en dehors, par Wightman. (*Lancet*, 15 septembre.) — Des luxations congénitales de la hanche, par Vallette. (*Gaz. méd. Paris.* 25 août.) — De l'opération de la luxation congénitale de la hanche, par Koch. (*Münch. med. Woch.*, 15.) — Luxation congénitale de la hanche, opération d'après Hoffa, par Angerer. (*Ibid.*, 26, p. 512.) — De la luxation congénitale de la hanche, par Bradford. (*Annals of surg.*, août.) — Pièces anatomiques relatives à l'opération des luxations congénitales de la hanche, par Hoffa. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 mai.) — Traitement chirurgical des luxations anciennes de la hanche, par Harris. (*Annals of surg.*, XX, 3.) — Luxation de la cuisse ilio-pubienne, 3 tentatives infructueuses de réduction, réduction le 7e jour, par Desprès. (*Gaz. des hôp.*, 6 septembre.) — Sur les luxations sous-astragaliennes en avant et en dehors par Quénu. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 430, et *Progrès médical*, 2 juin.) — Luxation du pied droit en arrière, par Rochet. (*Mercredi médical*, 14 mars.) — Luxation dorsale du premier métacarpien, par Trouillet. (*Dauphiné médical*, 1er juin.)

**Lymphatique.** — De l'extirpation sous-cutanée des ganglions tuberculeux du cou et des régions sous-maxillaires, par Dollinger. (*Cent. f. Chir.*, 8 septembre.) — Lymphome des paupières guéri par l'arsenic, par Bronner. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — Note sur un cas de fièvre ganglionnaire ou d'adénie aiguë, par Desplats. (*Journal de clinique infantile*, 9 août.) — Un cas d'hémato-lymphangiome circonscrit, par Méneau. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 juillet.) — Sarcome des ganglions retro-péritonéaux avec métastases dans le foie et la rate, par J. Szmurlo. (*Gaz. lekarska*, mai.) — Lymphosarcomes ganglionnaires, par Nordmann. (*Soc. anat. Paris*, 29 juin.)

## M

**Main.** — Un cas de bidactylie de la main droite par amputation congénitale, par Leclerc. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, VII, 4.) — Raccourcissement des doigts idiopathique, par W. Bieganski. (*Medycyna*, juillet.) — Carcinome mélanique du médius, envahissement des ganglions axillaires, désarticulation du doigt et curage de l'aisselle, par Faguet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 août.)

**Maladie.** — Le facteur personnel dans la maladie, par Sedgwick. (*Brit. med. j.*, 28 juillet.) — Diffusion des maladies infectieuses par les vagabonds, par Niven. (*Lancet*, 28 juillet.)

**Maladies professionnelles.** — Névrite du cubital chez les tailleurs de cristaux, par GANGOLPHE. (*Lyon méd.*, 16 septembre.) — De la griffe cubitale chez les tailleurs de cristaux, par LAURENCON. (*Thèse de Lyon.*) — La pustule maligne chez les maroquiniers et criniers, par KROELL. (*Hys. Rundsch.*, IV, 3.)

**Malformation.** — Malformations : 1° de l'amnios ; 2° des mains et des pieds, par STRASSMANN. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 3.) — Des malformations causées par les cordes amniotiques, par P. MOSER. (*Prager med. Woch.*, n° 26 et 27.) — 2 cas d'anomalie et de malformation congénitales, par DELAGENIÈRE. (*Congr. franc. chir.*, *Bulletin méd.*, 21 octobre.)

**Mamelle.** — Etiologie de la mammite suppurée, par SARFERT. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVIII, 6.) — Mammite par gonocoques, par SARFERT. (*Berl. klin. Woch.*, 26 février.) — De la maladie de Paget, par SCHULTEN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.) — Un cas de tuberculose mammaire avec examen histologique et inoculation aux animaux, par H. VILLARD. (*N.-Montpellier méd.*, n° 31, p. 609.) — Statistique des tumeurs non cancéreuses de la mamelle, par SCHENK. (*Thèse de Munich.*) — Sur un adénome de la glande mammaire présentant un épithélium cylindrique et stratifié, en partie cornée, par W. KÜRSTEINER. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVI, 2.) — Du cancer du sein chez l'homme, par DELACOUR. (*Thèse de Paris.*) — Observation de 180 cas de cures d'épithéliome du sein par l'opération radicale, par BULL. (*Medical Record*, 25 août.)

**Massage.** — Du massage, technique, emploi dans la pratique médicale, par DOLEGA. (*Leipsig.*) — Technique du massage, par HOFFA. (*Stutgardt.*) — De la mécano-thérapie et de ses avantages en médecine, par DOLEGA. (*Deut. med. Woch.*, 25 octobre.) — Technique du massage dans la dilatation de l'estomac, par CRITZMANN. (*Journal des Praticiens*, n° 18, p. 211.) — Du massage en gynécologie, par MAYER. (*Journal Americ. med. Ass.*, 11 août.) — Traitement des fractures et des entorses du cou-de-pied par le massage, par WIENER. (*Medical Record*, 22 septembre.)

**Maxillaire.** — Sur la valeur de l'éclairage par transparence dans l'abcès du sinus maxillaire, par CHANEY. (*Thèse de Heidelberg.*) — De la valeur de l'antroscopie (endoscopie de l'antre d'Higmore, par WAGNER. (*Journal Americ. med. Ass.*, 29 septembre.) — L'empyème du sinus maxillaire, par MERMOD. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, n° 8, p. 453.) — Abcès syphilitique du sinus maxillaire, par G. LEWIN. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 avril.) — Hydropisie de la cavité d'Higmore, par Z. DMOCHOWSKI. (*Gaz. lek.* mai). — Hydropisie du sinus maxillaire, hydrorrée nasale, par DÉLIE. (*Soc. belge d'otol.*, juin.) — Mycose aspergillaire de l'antre d'Higmore, par MACKENZIE. (*N.-York med. j.*, 25 août.) — Nouveau tube à drainage pour le sinus maxillaire, par MILLIGAN. (*Journ. of laryng.*, octobre.) — Ulcérations tuberculeuses des gencives et ostéopériostite tuberculeuse du maxillaire inférieur, par GIRAUDEAU. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 juin.) — De la nécrose phosphorée, par JOST. (*Beit. z. klin. Chir.*, XII. 1.) — Resserrement des mâchoires par traumatisme et inflammation articulaire, par SWAIN. (*Lancet*, 28 juillet.) — Nouvelle opération pour l'ankylose osseuse du maxillaire, par HELFERICH. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.) — Dissection d'un cas d'ankylose osseuse des deux maxillaires, par GREIG. (*Edinb. med j.*, octobre.)— Kyste dentigère de la mâchoire supérieure, par DUPLAY. (*Gaz. hebd. Paris*, 16 juin.) — Tumeur à myéloplaxe du maxillaire inférieur, résection, par LANDOUZY. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Réflexions sur quelques points

relatifs à la prothèse immédiate appliquée aux résections du maxillaire inférieur, par MARTIN. (*Lyon méd.*, 7 octobre.)

**Médecine (histoire).** — Médecins, chirurgiens et barbiers, par ROGER. (In-8°, 95 p. Paris.) — La médecine scientifique dans la période des Alexandres, par G. RASCH. (*Norsk. Magaz*, août-décembre.) — L'idée moderne de la médecine scientifique, par AULDE. (*Medical Record*, 11 août.) — Ambroise Paré, le père de la chirurgie française, par BALL. (*Journal Americ. Med. Ass.*, 14 juillet.) — Van Swieten et la clinique moderne, par LEYDEN. (*Deut. med. Woch.*, 27 septembre.) — Les médecins grecs à Rome, par ALBERT. (In-8° 323 p. Paris.) — La chirurgie et les chirurgiens français au commencement du XIVe siècle d'après le livre d'Henri de Mondeville, par MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, 29 juillet.) — Les consultations entre médecins au XIVe siècle, par NICAISE. (*Rev. scientif.*, 29 septembre.) — Papyrus médicaux de l'ancienne Egypte, comparaison avec les auteurs grecs et romains, par STEPHENSON. (*N.-York med. j.*, 13 octobre.) — Développements modernes de l'œuvre d'Harvey, par BRUNTON. (*Brit. med. j.*, 20 octobre.) — Symboles pour la connaissance des parties génitales féminines, par v. BERGH. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIX, 8.)

**Médecine légale.** — Les médecins et l'Etat, par WINSLOW. (*Journal Americ. Med. Ass.*, 25 août.) — L'article 317 du Code de procédure civile et l'expertise médico-légale, par Charles CONSTANT. (*Ann. d'hyg. publ.*, janvier.) — Décret du 21 novembre 1893 sur la nomination et les honoraires des médecins experts en justice. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.) — Le secret médical, par P. BROUARDEL. (*Ibid.*, avril.) — Rapport médico-légal sur un cas de monomanie processive, par MARX. (*Viertlj. f. gerichtl. Med.*, VII, p. 233.) — Surarbitrage du comité scientifique pour les affaires médicales, sur une accusation de meurtre d'un jeune enfant par ingurgitation de pointes d'aiguilles et de fragments de ressort, par Von BERGMANN et SKRZECZKA. (*Ibid.* VII, p. 195.) — Surarbitrage du comité supérieur prussien pour les affaires médicales, concernant une inculpation de meurtre par strangulation, par SKRZECZKA et LEYDEN. (*Ibid.*, VII, p. 204.) — Etude médico-légale des abcès du cerveau, par HESSE. (*Ibid.*, VII, p. 44.) — Arrêté ministériel prussien, réglant l'installation et le fonctionnement des pharmacies. (16 décembre 1893.) (*Ibid.*, VII, 386.) — Instruction pour leur visite officielle. (*Ibid.*, p. 398.) — Prescriptions pour la visite des drogueries. (*Ibid.*, 415.) — La faune des cadavres, application de l'entomologie à la médecine légale, par MÉGNIN. (In-16, 215 p. Paris.) — Méthodes d'estimation de la grandeur d'après l'examen de portions du squelette, par DWIGHT. (*Medical Record*, 8 septembre.) — Trois faits médico-légaux difficiles à interpréter au point de vue des constatations nécroscopiques : 1° asphyxie par strangulation d'un enfant atteint de porencéphalie ; 2° asphyxie par suffocation accidentelle d'un enfant atteint de fièvre typhoïde ; 3° fracture du crâne avec enfoncement chez un homme atteint de pneumonie double, par COUTAGNE. (*Lyon méd.*, 5 août.) — De la déclaration des maladies épidémiques faites par les médecins, par BATAULT. (*Thèse de Lyon.*) — Des preuves indirectes fournies par l'expertise médicale dans les attentats à la pudeur commis sans violence sur les enfants, par SIMON. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 8, p. 225.) — L'expertise médico-légale en matière d'aliénation mentale, par H. DAGONET. (*Ann. d'hyg. publ.*, février.) — Strangulation homicide; fracture de la grande corne de l'os hyoïde ; anomalie (non soudure) de l'autre, par Paul AUBRY. (*Ibid.*, janvier.) — Diagnostic anatomo-pathologique avec guide pour les autopsies et les examens d'histologie morbide, par Johannes ORTH. (*Berlin.*) — Considérations médico-légales relatives aux criminels alcooliques, par CROTHERS.

(*Journal Americ. med. Ass.*, 18 août.) — Etude médico-légale des plaies du cou par instruments piquants, par Max Kamm. (*Aerzt. Rundschau*, nos 2 et 3.) — Crimes et délire chez les femmes, par Paul Nacke. (*Vienne et Leipzig.*)

**Médecine militaire.** — Les nouveaux moyens de transport des blessés. (*Gaz. des hôp.*, 13 septembre,) — Des abris improvisés et des hôpitaux temporaires pour blessés en campagne. (*Gaz. des hôp.*, 15 octobre.) — Sur les nouveaux projectiles de guerre, par Cannaday. (*Journal Americ. med. Ass.*, 29 septembre.) — Observation de plaie du thorax par le nouveau fusil d'ordonnance suisse (modèle de 1889), par Fr. Brunner. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte.*, avril.) — Les moyens les plus pratiques de prophylaxie des maladies d'infection à bord des navires de guerre, par Bertrand. (*Arch. de méd. nav.*, octobre.) — La tuberculose dans la flotte, étude faite au port de Toulon, par Talairach. (*Ibid.*, octobre.) — De l'ancienneté de service des tuberculeux observés dans l'armée, du périmètre thoracique, du poids et de la constitution qu'ils présentent au moment de leur incorporation, par Mackiewicz. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.)

**Méninge.** — Etude étiologique des méningites, par Malenchini. (*Sperimentale*, XLVIII, 4.) — Etiologie de la méningite cérébro-spinale endémique, par Burns. (*N.-York med. j.*, 15 septembre,) — Méningite traumatique, par Annequin. (*Dauphiné méd.*, 1er juillet.) — Méningite d'origine grippale, par Porte. (*Ibid.*, 1er juin.) — Un cas de méningite tuberculeuse, guérison, par Freyhan. (*Deut. med. Woch.*, 6 septembre.) — Méningite tuberculeuse consécutive à un double pyosalpinx tuberculeux traité par la laparo-salpingectomie et suivie de guérison opératoire, par Binaud. (*Gaz. méd. Paris*, 7 juillet.) — Pathogénie des symptomes en foyer dans la méningite tuberculeuse, par Weintraud. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 3 et 4.) — Trépanation dans la méningite, par Keay. (*Journal of mental sc.*, octobre.) — Volumineux méningocèle, par Meriwether. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Sarcome de la dure-mère, par Trouillet. (*Dauphiné méd.*, 1er juillet.)

**Mélanose.** — Lentigo malin des vieillards, par Dubreuilh. (*Soc. franç. de dermat.*, 4 août.)

**Menstruation.** — Céphalalgie menstruelle guérie par la saignée prémenstruelle, par Young. (*Edinb. med. j.*, septembre.) — Absence de vagin, hématométrie par retenue des règles, par Da Costa. (*Med. News*, 8 septembre.)

**Mérycisme.** — Du mérycisme, par Hammond. (*N.-York med. j.*, 28 juillet.)

**Moelle.** — L'excitabilité de la zône motrice après l'excision des racines médullaires postérieures, par Tomasini. (*Lo sperimentale*, XLVIII, 4.) — Observation d'hétéropie de la substance blanche dans la moelle allongée, par Heard. (*Americ. j. of med. sc.*, août.) — Variétés de niveau des paralysies par traumatisme médullaire, par Chipault. (*Congr. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 14 octobre.) — Myélite aiguë de la substance blanche, par Küstermann. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVI, 2.) — Sclérose latérale amyotrophique, par Mac Intosh. (*N.-York med. j.*, 15 septembre.) — Sur quelques cas de sclérose en plaques à début paraplégique aigu, par Pitres. (*Semaine med.*, 13 octobre.) — De l'ébranlement spinal; sclérose spinale traumatique, par Knapp. (*Boston med. Journal*, 5 juillet.) — Sclérose en plaques datant

de l'âge de 6 ans et s'accompagnant de fièvre sans trouble général chez une jeune fille, par Eichhorst. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er mars.) — Note sur un cas de sclérose insulaire, par Tweedy. (*Dublin Journal*, juillet.) — Anesthésie locale comme guide dans le diagnostic des lésions de la paroi supérieure de la moelle, par Starr. (*Brain*, n° 67.) — Pathologie de la moelle dans la paralysie de Diver, par Sharples. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Un cas de syringomyélie atypique, par Targowla. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, VII, 5.) — Des artropathies syringomyéliques, par Londe et Perrey. (*Ibid.*) — Bibliographie des artropathies syringomyéliques, par Londe. (*Ibid.*) — Deux cas de syringomyélie avec paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs et atrophie, par Weintraud. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, V, 6.) — Un cas de syringomyélie du type de Morvan, par Prégaldino. (*Ann. soc. belge Chir.*, 15 septembre.) — Gliomatose de la moelle et syringomyélie avec hémorragies, par Dana. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.) — Noyau nosologique de la syringomyélie d'après une forme non décrite, par Ferrannini. (*Riforma med.*, 13 juin.) — Un cas de syringomyélie congénitale avec formation de tératome intra-médullaire, par Gerlach. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, V, 4 et 5.) — De la nature de l'ataxie locomotrice, par Mettler. (*Journal Americ. med. Ass.*, 18 août.) — Sur l'ataxie locomotrice, par Nugent. (*Dublin Journal*, 1er octobre.) — Type isolé de maladie de Friedreich, par Mackay. (*Americ. j. of. med. sc.*, août.) — Anatomie pathologique de la maladie de Friedreich, par Guizzetti. (*Policlinico*, 1er septembre.) — Un cas non héréditaire de maladie de Friedreich, par Nammack. (*Medical Record*, 11 août.) — Du larmoiement tabétique, par Panas. (*Gaz. méd. Paris*, 18 août.) — Arthropathies nerveuses et troubles de la sensibilité, par Brissaud. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, VII, 4.) — Trois cas d'artrophatie tabétique bilatérale et symétrique, par Souques et Charcot. (*Ibid.*) — Un cas de pseudo-tabes, par Weisz. (*Wiener. med. Woch.*, 8 septembre.) — Un cas de tumeur de la moelle épinière traité opératoirement, par Saenger et Krause. (*Münch. med. Woch.*, 22, p, 431.)

**Monstre.** — Monstre xyphopage avec exstrophie des viscères et pieds bots, par Westgate. (*N.-York med. j.*, 1er septembre.) — Un cas de thoracopage, par Riemer. (*Prager med. Woch.*, 29.)

**Mortalité.** — Statistiques de mortalité chez le nègre, par Hoffmann. (*Med. News*, 22 septembre.) — Sur la mortalité des médecins russes, par N.-L. Zeland. (*Vratch*, 14 juillet.)

**Morve.** — De la morve larvée et latente, par Babes. (*Semaine méd.*, 18 août.) Sur la malléine, par Nocard. (*Méd. mod.*, 5 septembre.)

**Muscle.** — Recherches sur l'excitabilité des muscles rigides et sur les causes de la disparition de la rigidité cadavérique, par Tissot. (*Acad. des sc.*, 16 juillet et *Arch. de phys.*, VI, 4.) — Polymyosite suppurée chez un diabétique, par Rovere. (*Riforma med.*, 6 juillet.) — Dermato-myosite aiguë, par Buss. (*Deut. med. Woch.*, 11 octobre.) — Idem, par Herz. (*Ibid.*) — Maladie de Thomsen, par Le Roy de Méricourt. (*Bull. ac. méd.*, 18 septembre.) — Sur un cas d'hémimyoclonie, par Colleville. (*Gaz. hebd. Paris*, 4 août.) — Recherches expérimentales sur les causes et la nature de la dégénérescence cireuse des muscles volontaires ; de la métamorphose hyaline, par Nesti. (*Lo sperimentale*, XLVIII, 4.) — Sur un cas d'atrophie musculaire mixte, par Hirtz. (*Semaine méd.*, 19 septembre.) — Trois cas d'atrophie musculaire, par Pérochaud. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 août.) — Sur

un cas d'atrophie musculaire progressive spinale, par Dutil et Charcot. (*Soc. de biol.*, 28 juillet.) — De l'étiologie des déchirures traumatiques du diaphragme, par Ledetsch. (*Prager med. Woch.*, 28.) — Tumeur embryonnaire du muscle strié, par Bérard. (*Lyon méd.*, 9 septembre.) — Sarcome du deltoïde, par Guillemot. (*Soc. anat. Paris*, 1er juillet.)

**Mycosis.** — Mycosis fongoïde du membre supérieur datant de 28 ans, par Heuss. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. aerzte.*, 15 mars.) — Un cas de mycosis fongoïde, par Hobbs. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 juillet.)

**Myopie.** — Correction de la myopie par l'ablation du cristallin, par Thier. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — Résultats du traitement et la correction optique de l'amétropie pour arrêter les progrès de la myopie, par Risley. (*Arch. of opht.*, XXIII, 3.) — Du traitement de la myopie excessive par l'extraction du cristallin, par Widmark. (*Hygiea.*) — Myopie, par Sous. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 9 septembre.) — De la myopie monolatérale, par Martin. (*Ann. d'ocul.*, juillet.) — De la sclérectomie nasale dans la myopie, par Masselon. (*Ibid.*)

**Myxœdème.** — Du myxœdème, par Meltzer. (*N.-York med. Woch.*, 4.) — Myxœdème, par Wessinger. (*N.-York med. j.*, 28 juillet.) — Contribution à la pathogénie du myxœdème et de la maladie de Basedow, quelques expériences relatives à la fonction de la glande thyroïde, par G.-N. Dourdoufi. (*Médecine moderne*, 10 mars.) — Myxœdème traité par les thyroïdes de mouton, par Ayres. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — Myxœdème guéri par la médication thyroïdienne, par Arnozan. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 septembre.) — Myxœdème aigu opératoire guéri par l'alimentation thyroïdienne, par Sonnenburg. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.) — Myxœdème traité par les glandes thyroïdes, par Harold. (*Lancet*, 25 août.) — Myxœdème opératoire guéri par le traitement thyroïdien, par Sacchi. (*Riv. sper. di freniat*, XX, 2.) — Cas de myxœdème traités par l'extrait thyroïdien, par Harold. (*Practitioner*, août.) — Myxœdème infantile, par Northrup. (*Americ. pœd. soc.*, 29 mai.) — Myxœdème infantile traité par le suc thyroïdien, guérison par Oster. (*Ibid.*) — Un cas de myxœdème traité par les injections sous-cutanées et l'ingestion de suc thyroïdien, par Smith. (*Americ. med. surg. Bulletin*, 1er juin.) — De l'état de la gorge dans le myxœdème, par Curtis. (*Journal Americ. med. Ass.*, 26 septembre.

## N

**Nævus.** — Nævi verruqueux zoniformes de la face dorsale des mains, par Brault. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 juillet.)

**Nerf.** — Rapport de l'origine des nerfs rachidiens avec les apophyses épineuses, par Chipault. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, VII, 4.) — Terminaison des nerfs dans les organes génitaux de la femme, par v. Gawronsky. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 2 et *Zeit. f. Geburts.*, XXX, 2, p. 521.) — Sur une nouvelle forme de terminaison nerveuse, anses terminales, par Babes. (*Roumanie méd.*, juillet.) — Nouvelles mesures de la conductibilité élec-

trique et du travail physiologique des nerfs, par CHARPENTIER. (*Arch. de phys.*, VI, 4.) — La résistance des nerfs et leur travail physiologique, par CHARPENTIER. (*Arch. d'élect. méd.*, septembre.) — De l'action trophique du ganglion cervical inférieur, par SALVIOLI. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVII, 9 et 10.) — De l'atrophie musculaire consécutive à la section des nerfs, par SALVIOLI. (*Ibid.*) — La valeur de l'électricité dans le diagnostic et le pronostic des affections des nerfs périphériques, par LESZYNSKY. (*Medical Record*, 18 août.) — Sur les lésions du pneumogastrique considérées au point de vue chirurgical, par GIORDANO. (*Arch. per le sc. med.*, XVII, 17.) — De la pathologie du sympathique abdominal, diabète maigre et maladie bronzée, traitement séquardien, par FOURNIÉ. (*Thèse de Toulouse.*) — Paralysie unilatérale progressive des nerfs crâniens, par W. BIEGANSKI. (*Przegl. lek.*, juin.) — De la polyurie dans la sciatique, par HUYGHE. (*Thèse de Lille.*) — Traitement de la névralgie faciale, par PLICQUE. (*Gaz. méd. Paris*, 25 août.) — Névralgie sous-orbitaire datant de 22 ans, névrectomie sphéno-maxillaire, guérison, par GORIS. (*Soc. belge d'otol.*, juin.) — Résection du nerf dentaire inférieur, par RAFFIN. (*Congr. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 17 octobre.) — Arrachement du bout périphérique des nerfs sectionnés dans le traitement des névralgies rebelles, par ADENOT. (*Ibid.*, 17 octobre.) — Résection du trijumeau et du ganglion de Gasser, par TAYLOR. (*Times and register*, 24 mars.) — Excision du ganglion de Gasser, par STEWART. (*Med. News*, 11 août.) — Suture des nerfs, greffe nerveuse, par WILLARD. (*Med. News*, 6 octobre.) — Suture nerveuse, par HERZEN; réfutation du travail de Vanlair. (*Rev. scientif.*, 22 septembre.) — L'excessive consommation de thé cause de névrite multiple, par SPRATLING. (*Medical Record*, 28 juillet.) — Polynévrite et polioencéphalite antérieure, par H. HIGIER. (*Gaz. lekarska*, mai.) — Poliomyélite antérieure ou polynévrite, par A. PULAWSKI. (*Gaz. lekarska*, mai.) — 2 cas de polynévrite avec anasarque, par GURGO. (*Riforma med.*, 20 juin.) — Sur les névrites périphériques, par MARIE. (*Bull. méd.*, 2 septembre.) — Des névrites périphériqnes, par MARIE BABINSKI. (*Congr. des méd. alién. Arch. de neurol.*, septembre.) — Névrite périphérique secondaire chez un échassier, par BERGONIÉ et BORDIER. (*Arch. d'élect. méd.*, septembre.) — Névrites périphériques primitives du membre inférieur; gangrène, amputation, guérison, par PIEDVACHE. (*Bulletin méd.*, 11 juillet.) — Action analgésique des bains locaux de 45 à 50° dans les névrites périphériques, par MOUISSET. (*Lyon méd.*, 16 septembre.) — Un cas de trophonévrose bulloso-gangréneuse, par NEUBERGER. (*Münch. med. Woch.*, 23, p. 456.) — Névrome plexiforme de la face. Malformation congénitale de la face et du crâne avec éléphantiasis des parties molles, par COLLET. (*Gaz. hebd. de Paris*, 17 février.) — Névrome plexiforme de la tête et du cou, par RAMAKERS et VINCENT. (*Arch. prov. de chr.*, III, 8.) — Neurofibrome multiple des nerfs de la peau et des muscles avec molluscum fibreux, par BRIGIDI. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIX, 4.)

**Nerveux (Système).** — Anatomie des centres nerveux, tome I; méthodes générales d'étude, embryogénie, histogénie et histologie, anatomie du cerveau, par M. et Mme DEJERINE. (In-8°, 820 p., *Paris.*) — Sur le choc nerveux, par ROGER. (*Arch. de phys.*, VI, 4.) — La théorie nerveuse dans l'anatomie du système nerveux, par KUPFFER. (*Münch. med. Woch.*, 13, p. 241.) — Traité de médecine, tome VI, maladies du système nerveux, par BRISSAUD, MARIE, BABINSKI, etc. (1,392 p., *Paris.*) — La neurologie et la médecine générale, par SACHS. (*N.-York med. j.*, 1er septembre.) — Nouvelles théories sur les causes de quelques maladies nerveuses, en particulier la névrite et le tabes, par EDINGER. (*Samml. klin. Vortraege*, n° 106.) — Des troubles de sensa-

tion, en particulier de la douleur dans les maladies viscérales, tête et cou, par HEAD. (*Brain*, n° 67.) — Des trophonévroses des extrémités ou acrotrophonévroses; les trophonévroses autocopiques, amputation spontanée des membres, ainhum, par LANCEREAUX. (*Semaine méd.*, 26 septembre.) — Traitement des processus infectieux dans le système nerveux, par DERCUM. (*Americ. j. of med. sc.*, septembre.)

**Névrose.** — De la neurasthénie, symptômes oculaires, par GRANDCLÉMENT. (*Thèse de Lyon.*) — Sur une forme spéciale d'hémianopsie fonctionnelle dans la neurasthénie et la névrose traumatique, par DEJERINE et VIALET. (*Soc. de biol.*, 28 juillet.) — De la paresthésie pharyngo-laryngienne et nasale chez les neurasthéniques, par BOTEY. (*Rev. de laryng.*, 1er septembre.) — Traitement de la neurasthénie, par SAVAGE. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Des spasmes fonctionnels du cou, par FÉRÉ. (*Rev. de méd.*, septembre.) De l'akinésie algide, par ERB. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, V, 6.) — Idem, par BECHTEREW. (*Ibid.*) — Des névropathies d'origine cardiaque, par POTAIN. (*Mercredi médical*, 7 mars.) — De la névrose goutteuse du pneumogastrique ou pseudo-angine goutteuse, par MABBOUX. (*Rev. de méd.*, août.) — Pathologie et thérapeutique des névroses professionnelles, par PICK. (*Wiener med. Woch.*, 15 septembre.)

**Nez.** — Le canal incisif et l'organe de Jacobson, par RAUGÉ. (*Arch. int. de laryng.*, VII, 4.) — Sur l'importance de l'examen du sens olfactif comme moyen de diagnostic dans certaines affections nasales et auriculaires, par GRADENIGO. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Moulages métalliques du nez et des sinus, par SIEBENMANN. (*Cong. d'Heidelberg, Münch. med. Woch.*, 24 et 25.) — Eclairage et examen des cavités nasales antérieure et postérieure, par KYLE. (*Med. News*, 18 août.) — Nouvelles pinces rétro-nasales, par WATSON. (*Med. News*, 6 octobre.) — Glycosurie d'origine nasale, guérison par le rétablissement de la respiration nasale, par BAYER. (*Rev. de laryng.*, 1er octobre.) — Rhinite vaso-motrice d'origine paludique, par CHAPPELL. (*N.-York med. j.*, 29 septembre.) — Rhinite catarrhale chronique de la région olfactive, inflammation du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales postérieures, anosmie, par VERGNIAUD. (*Rev. de laryng.*, 1er septembre.) — Coryza caséeux, par MC BRIDE. (*Brit. med. Assoc. journ. of laryng.*, octobre.) — Rhinite fibrineuse récidivante, par MURDOCH. (*Ibid.*) — Une observation de rhinite fibrineuse. Coexistence de végétations adénoïdes, par CHAMBELLAN. (*Journal de clinique infantile*, 12 juillet.) — Traitement de la rhinite fibrineuse par l'iodoforme, par VLADAR. (*Pester med. chir. Presse*, 16.) — Symptomatologie de la rhinite chronique atrophique, ses relations avec les lésions de l'oreille, par MORF. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXV, 3 et 4.) — De la disposition mécanique à l'ozène, par SAENGER. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Opinions anciennes et nouvelles sur la punaisie, par GRÜNWALD. (*Münch. med. Woch.*, 15, p. 284.) — Chancre syphilitique de la muqueuse nasale, par THIBIERGE. (*Gaz. hebd. Paris*, 28 avril.) — Du chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire, 22 cas, par CHAPUIS. (*Gaz. des hôp.*, 13 octobre.) — Rhinite syphilitique tertiaire, rétention d'un volumineux séquestre pendant 4 ans et demi, par MENDEL. (*Bull. Soc. laryng. Paris*, juin.) — De la rhinite aiguë, par SEIFERT. (*Cong. d'Heidelberg, Rev. de laryng.*, 1er octobre.) — Du développement de polypes du nez à la suite de suppuration des cavités accessoires, par PRŒBSTING. (*Ibid.*) — Des suppurations du nez et des sinus, par BRESGEN. (*Ibid.*) — Corps étranger dans le sinus sphénoïdal, par BATZ. (*Ibid.*) — Empyème traumatique de l'antre d'Highmor, par BAUER. (*Ibid.*) — Instruments pour les déviations de la cloison, par SCHMIDT. (*Ibid.*) — Des suppurations du sinus frontal et en particulier de

son traitement chirurgical, par Luc. (*Arch. int. de laryng.*, VII, 4.) — Un cas d'empyème aigu du sinus frontal, par Winckler. (*Wiener med. Presse*, 26 août.) — Le mucocèle et l'empyème du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales comme cause de déplacement de l'œil, opération à travers l'orbite, par Knapp. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXV, 3 et 4.) — Un cas d'empyème du sinus frontal, par Barette. (*Année méd. de Caen*, 6.) — 3 cas de distension du sinus frontal, par Higgens. (*Guy's hosp. Rep.*, L, p. 43.) — Suppuration des sinus du nez, par King. (*N.-York med. j.*, 21 juillet.) — Suppuration chronique du sinus ethmoïdal, par Symonds. (*Brit. med. Assoc. journ. of laryng.*, octobre.) — Diagnostic et traitement de l'empyème des sinus, par Macdonald. (*Ibid.*) — Ecoulement de sang par les points lacrymaux, au cours d'un épistaxis, à la suite du tamponnement des fosses nasales, par Galtier. (*Lyon méd.*, 14 octobre.) — Plaies du crâne par balles de revolver, épistaxis à répétition, ligature des deux carotides externes, rabattement du nez et tamponnement des sinus sphénoïdaux par où se faisait l'hémorragie venant sans doute de la carotide interne droite, guérison, par Schwartz. (*Arch. int. de laryng.*, VII, 4.) — Sur un procédé simple pour arrêter l'épistaxis, par Szczypiorski. (*Gaz. des hôp.*, 20 septembre.) — Des opérations sur le nez chez les hémophiliques (ablation de polypes, hémorragie grave, insuccès des tamponnements, arrêt par le galvano-cautère, par Rosenfeld. (*Cong. d'Heidelberg. Münch. med. Woch.*, 24.) — De la pathogénie de l'ulcère perforant de la cloison, par Schiffers. (*Soc. belge d'otol.*, juin.) — De la périchondrite aiguë idiopathique de la cloison, par Kuttner. (*Arch. f. Laryng.*, II, 1.) — Hématome de la cloison nasale par traumatisme, par Jouslain. (*Soc. de laryng. Paris*, mai.) — Occlusion congénitale osseuse des arrière-fosses nasales, oblitération complète à droite, incomplète à gauche, par Beausoleil. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 juillet.) — Théories et faits relatifs à la déviation de la cloison nasale, par Martin. (*Journal Americ. med. Ass.*, 29 septembre.) — Difformités de la cloison nasale, par Coolidge. (*Boston med. Journal*, 16 août.) — Cure radicale des obstructions du canal nasal, par Theobald. (*Cong. d'opht. d'Edimbourg.*) — Traitement des déviations de la cloison nasale, par Spiess. (*Arch. ital. di laring.*, XIV, 4.) — Sur la réparation de l'asymétrie de la cloison nasale par de l'électrolyse, par E.-O. Dreischpoul. (*Vratch*, 14 juillet.) — De l'emploi des lamelles de celluloïd dans le traitement post-opératoire des synéchies des fosses nasales, par Molinié. (*Rev. de laryng.*, 1er septembre.) — Du massage vibratoire dans les affections nasales, par Blondiau. (*Rev. int. de rhinol.*, IV, 12.) — Du massage vibratoire des muqueuses internes, par Laker. (*Ibid.*) — De la rhinolithiase, par Lœwenthal. (*Thèse de Breslau.*) — Un cas de rhinolithe, par Noquet. (*Rev. de laryng.*, 1er août.) — Délire grave chez un enfant de 2 ans et demi, causé par une petite pierre dans la narine, par Roberts. (*Lancet*, 6 octobre.) — Le rhinosclérome en Suisse, par Secretan. (*Ann. mal. de l'or.*, juillet.) — Sur 2 cas de rhinosclérome, par Castex. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Des polypes des choanes, par Guye. (*Presse méd. belge*, 31.) — Des lipomes de la muqueuse pituitaire, par Gomperz. (*Monats. f. Ohrenh.*, septembre.) — Kyste du nez, par Beco. (*Soc. belge d'otol.*, juin.) — Un cas de fibrome naso-pharyngien, par Woods. (*Dublin Journal*, 1er octobre.) — Ostéome du nez, par Atkin. (*Quarterly med. j.*, juillet.) — Chirurgie rhinoplastique, par Lemoyne Hupp. (*N-York med. j.*, 11 août.) — Rhinoplastie avec support, par Chauvel. (*Bull. Ac. méd.*, 24 juillet.) — Rhinoplastie avec le bras, par Kuester. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.)

**Nutrition.** — Influence de l'air stérilisé sur l'assimilation, la désassimilation de l'azote et l'excrétion de $CO^2$ chez les animaux, par Kijanizin. (*Arch. de*

*biol.*, XIII, 3.) — Variations quotidiennes de la créatinine dans le cas d'une alimentation mixte et d'un travail manuel régulier, par Ackermann. (*Soc. de biol.*, 20 octobre.) — Sur la pathologie des échanges calcaires, par v. Limbeck. (*Prager med. Woch.*, 26 juillet.) — Le sort de la chaux dans l'organisme morbide, par von Noorden et K. Belgardt. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 mars.)

**Nystagmus.** — Existe-t-il un nystagmus hystérique, par Sabrazes. (*Semaine méd.*, 26 septembre.)

C

**Obésité.** — Traitement de l'obésité, par Plicque. (*Gaz. méd. Paris*, 8 septembre.)

**Occlusion intestinale.** — Obstruction intestinale consécutive aux opérations sur la cavité péritonéale, par G.-H. Rohé. (*Americ. j. of obst.*, octobre.) — De l'occlusion intestinale après les céliotomies et de l'asepsie sèche et humide de la cavité abdominale, par Schiffer. (*Cent. f. Gynaek.*, 22 septembre.) — Etranglement par bride, laparotomie, guérison, par Nicholson et Thompson. (*Lancet*, 28 juillet.) — Occlusion intestinale post-opératoire, par Legueu. (*Soc. anat. Paris*, 22 juin.) — De l'occlusion intestinale à la suite des laparotomies, par Quénu. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 septembre.) — De l'occlusion intestinale aiguë, par Sior. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.) — Un cas d'occlusion intestinale par bride accompagnée d'appendicite suppurée, par Weith. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, p. 5.) — Une forme rare d'occlusion interne aiguë chez l'enfant par nœud à boucle, opération, guérison, par Bérard. (*Arch. prov. de chir.*, III, 10.) — Obstruction intestinale par calcul biliaire, opération, guérison, par Lane. (*Lancet*, 18 août.) — Prévention des récidives du volvulus, par Roux. (*Cent. f. Chir.*, 15 septembre.)

**Œdème.** — Œdème aigu angioneurotique, par Bannister. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Œdèmes aigus essentiels localisés sans phénomènes généraux, par G. Etienne. (*Gaz. hebd. Paris.*, 13 janvier.)

**Œil.** — La sensibilité de l'œil aux couleurs spectrales, fonctions des éléments rétiniens et du pourpre visuel, par Parinaud. (*Ann. d'ocul.*, octobre.) — Méthode d'analyse de la vision différentielle et intégrale, par K. Noiszewski. (*Gaz. lekarska*, mai.) — Sur les variations de grandeur apparente des lignes et des angles dans la vision directe et de la vision par des mouvements des yeux et de la tête, par Henry. (*Acad. des sc.*, 27 août.) — Contribution à la réaction électrique de l'œil, par Lumbroso. (*Lo Sperimentale*, 12, p. 225.) — De la dynamique des muscles internes de l'œil, par Valk. (*Medical Record*, 21 juillet.) — L'optomètre de Young et son emploi, par Tscherning. (*Arch. de phys.*, VI, 4.) — Du mécanisme de l'accommodation de l'œil, par Coronat. (*Thèse de Lyon.*) — Hypermétropie et hétérotropie, par Hansell. (*Med. News*, 13 octobre.) — Note relative à l'action du clignement sur la réfraction de l'œil, par Knœpfler. (*Revue médicale de l'Est*, 9, p. 257.) —

Examen de la réfraction de l'œil à l'aide de la skiascopie, par R.-A. Katz. (*Vratch*, 21 juillet.) — Anomalies congénitales de l'œil, observations de Snell, Robertson, etc. (*Trans. opht. soc. unit. kingdom*, XIV, p. 190, 212.) — Malformations congénitales de l'œil, par Bernheimer. (*Arch. of opht.*, XXIII, 3.) — De l'utilité de l'examen des yeux de tous les enfants lors de leurs débuts scolaires, par Southard. (*Journal Americ. med. Ass.*, 8 septembre.) — Des affections oculaires dans leurs rapports avec la grossesse, la parturition et la puerpéralité, par Ferrière. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des affections oculaires survenant chez la femme dans le cours de l'allaitement, par Rogman. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — Les ophtalmies dans les écoles, par Valude. (*Union médicale*, 7 juin.) — Contribution clinique à l'étude de la ténonite, par Mazza. (*Rev. gén. d'opht.*, XIII, 10.) — Diagnostic et traitement de l'épisclérite, par Terson. (*Journal des Praticiens*, 30, p. 353.) — Traitement de l'hydrophtalmie congénitale, par Hœlting. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — De l'exophtalmos pulsatile, par Bayer. (*Prager med. Wochenschr.*, 28.) — Un cas rare d'amblyopie toxique, par d'Oench. (*Medical Record*, 14 juillet.) — Des troubles oculaires d'origine cardiaque, par Prunet. (*Thèse de Toulouse.*) — Quelques cas de lésions du nerf optique, par Thomson. (*Arch. of opht.*, XXIII, 3.) — De la névrite optique dans ses rapports avec les tumeurs intra-craniennes et la trépanation, par Taylor. (*Trans. opht. soc. unit. kingdom*, XIV, p. 105.) — Névrite double par carie du sphénoïde et abcès intra-cranien, par Sandford. — Névrite unilatérale, par Juler. (*Ibid.*, p. 118 et suivantes.) — Ophtalmoplégie basilaire traumatique, par Fromaget. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 29 juillet.) — A propos d'un cas d'ophtalmoplégie traumatique, par Vignes. (*Soc. d'opht. Paris*, 9 octobre.) — Paralysies oculaires par traumatisme du crâne, par Panas. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — De la paralysie oculaire associée des mouvements d'élévation et d'abaissement, par Parinaud. (*Ibid.*) — Influence des cicatrices sur la production de l'atrophie, son emploi chirurgical, par Pridgin Teale. (*Lancet*, 27 octobre.) — Un cas rare de blessure. scléro-cornéenne, grande perte d'humeur vitrée, collapsus du globe de l'œil, hémorragie intra-oculaire ; guérison, par Ambrose. (*Medical Record*, 22 septembre.) — A propos des blessures de l'œil, par Ziem. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — Méthode de durcissement du globe dans le formol, par Leber, (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — Electricité dans les hémorragies du globe, par Frankhauser. (*New.-York med. j.*, 29 septembre.) — Sur la formaldéhyde dans les maladies des yeux, par Gepner. (*Medycyna*, juin.) — Valeur de la scopolamine dans la pratique ophtalmologique, par Smith. (*New-York med. j.*, 21 juillet.) — Des injections sous-conjonctivales de sublimé, en thérapeutique oculaire, par Masarangas. (*Thèse de Paris.*) — L'évidement dans le traitement de la panophtalmie, par Truc. (*Semaine méd.*, 24 octobre.)

**Œsophage.** — Tuberculose de l'œsophage, par Bauer. (*Münch. med. Woch.*, 26.) — Un cas d'atrésie congénitale de l'œsophage, du duodénum et du rectum, par Marckwald. (*Münch. med. Woch.*, 14, p. 265.) — L'œsophagotomie intrathoracique par le médiastin postérieur, par Potarca. (*Roumanie méd.*, juillet.) — Méthodes récentes de gastrostomie pour les rétrécissements de l'œsophage, par Meyer. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.) — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par Jacquemet. (*Marseille medical*, 10, p. 309.) — Œsophagotomie pour cancer, par Heller. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 février.) — Gastrostomie par la méthode de Witzel pour le cancer de l'œsophage, par Tait. (*Pacific. med. journ.*, XXXVII, 6.)

**Orbite.** — Tumeurs de l'orbite causée par une sinusite frontale, par Martin.

(*Ann. d'ocul.*, septembre.) — Du phlegmon de l'orbite, par C. Hirsch. (*Prager med. Wochenschr.*, 14.) — Gommes de la cavité orbitaire, par Elsenberg. (*Gaz. lek.*, juin.) — Ablation avec succès d'un sarcome orbito-maxillaire, par Collins. (*Lancet*, 29 septembre.) — Sarcome des deux orbites, enfant, par Snell. (*Trans. opht. soc. Un. Kingdom*, XIV, p. 149.) — Sarcome orbitaire, par William Scott. (*Ibid.*, p. 183, 188.) — Ostéome de l'orbite, par Snell; exostose de l'orbite, par Green. (*Ibid.*, p. 109, 186.)

**Oreille.** — Traité des maladies de l'oreille, anatomie, physiologie, traitement des affections naso-pharyngiennes, par Max Howell. (In-8°, *Londres.*) — Myologie de l'oreille externe, par Birmingham. (*Dublin Journal*, 1er octobre.) — Homologation morphogénique de l'oreille interne, par Bonnier. (*Bull. soc. de laryng. Paris*, juin.) — Recherches expérimentales sur les fonctions du labyrinthe de l'oreille chez les pigeons, par Watte. (*Fortschr. der Med.*, 4, p. 123.) — Contribution à la physiologie de l'oreille moyenne, par Secchi. (*Arch. ital. di otol.*, II, 3.) — Etude du sens statique chez les sujets sains et chez les sujets atteints de lésions de l'oreille, par Luzzati. (*Arch. ital. di otol.*, II, 3, et *Giorn. acad. di Torino*, LVII, 9 et 10.) — L'influence de la fatigue sur la fonction auditive, par Poli. (*Arch. ital. di otol.*, II, 4.) Des relations entre la thermogenèse et les lésions de l'organe de l'audition, par Masini. (*Ibid.*, II, 3.) — Les pressions centripètes de Gellé, leur importance au point de vue du diagnostic et du pronostic, leurs rapports avec d'autres méthodes d'exploration de l'oreille, par Argentowsky. (*Thèse de Zurich*, 1893.) — De l'audition double, par Daae. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXV, 3 et 4.) — Notes sur l'état pathologique de l'oreille et des premières voies respiratoires dans le catarrhe du sommet, par Straight. (*Medical Record*, 22 septembre.) — Le soin des oreilles dans le cours des exanthèmes, par Downie. (*Brit. Ass., Journ. of laryng.*, septembre.) — Les troubles auditifs du tabes et la réaction électrique du nerf auditif, par Collet. (*Thèse de Lyon.*) — Nouvelles constatations anatomiques chez les sourds, par Politzer. (*Wiener med. Blætter*, 24.) — De la meilleure appréciation de l'épreuve de Rinne, par Dundas Grant. (*Brit. med. Ass. Journ. of laryng.*, octobre.) — Sur quelques cas de malformation de l'oreille et de tumeurs congénitales de la région pré-auriculaire, par Guyonet. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'otite moyenne à la suite de la résection du trijumeau, par Asher. (*Beit. zur klin. Chir.*, XI, p. 3.) — Conclusions sur l'otoneurasthénie essentielle et associée ou secondaire, et sur la neurasthénie due à des otopathies et à des rhino-pharyngites, par Cozzolino. (*Ann. mal de l'or.*, septembre.) — Etat de l'audition dans l'atrésie congénitale double du conduit avec pavillon rudimentaire, par Bezold. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXVI, 1.) — De l'eczéma du conduit auditif externe, par Hermet. (*Soc. de laryng. Paris*, mai.) — Pronostic de l'otite moyenne chronique non suppurée, sans perforation du tympan, par Field. (*Brit. Ass. Journ. of laryng.*, septembre.) — Idem, par Barr. (*Ibid.*) — Observation de quelques cas remarquables d'influenza avec localisation dans l'oreille, par Rohrer. (*Arch. latinos de rinol.*, septembre.) — A propos d'un cas d'otite moyenne aiguë, par Hennebert. (*Rev. de laryng.*, 1er novembre.) — Utilité des opérations sur l'oreille moyenne pour améliorer la fonction de l'ouïe, par Dench. (*Ibid.*) — Pathologie et traitement de l'otite moyenne chronique, par Spira. (*Gaz. lek.*, juin.) — Note sur le traitement de l'otite interne non traumatique, par Thomas. (*Marseille médical*, 13, p. 394.) — Sur le traitement de l'otite interne, par Thomas. (*Rev. de laryng.*, 1er septembre.) — L'électricité en otologie, par Plicque. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — Injections intratympaniques dans le catarrhe sec de l'oreille moyenne, par Bronner. (*Brit.*

*med. j.*, 13 octobre.) — Quelques observations extraordinaires après la paracentèse du tympan (1° disparition de coma; 2° cessation de délire, amnésie; 3° spasme de la glotte après l'opération), par Eitelberg. (*Arch. latinos de rinol.*, septembre.) — Quelques expériences de myringographie et d'un nouveau procédé de massage de l'oreille moyenne, par de Rossi. (*Arch. ital. di otol.*, II, 3.) — Etude bactériologique de l'otite moyenne suppurée chronique, par Stern. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXVI, 1.) — Affections mastoïdiennes, marche, traitement, par Gomez. (*New-York med. j.*, 1er septembre.) — Otites moyennes purulentes, par Tillaux. (*Semaine méd.*, 19 septembre.) — Variétés cliniques des otites moyennes suppurées, par Caldwell. (*New-York med. j.*, 8 septembre.) — De l'otite moyenne suppurée, étiologie, traitement d'après 150 cas guéris par Eitelberg. (*Wiener klinik*, juillet.) — Traitement des otorrées et des eczémas du conduit externe par le dermatol, par Ferrari et Scalfi. (*Arch. ital. di otol.*, II, 3.) — Diagnostic et traitement du cholestéatome dans l'otite moyenne suppurée par Scheibe. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXVI, 1.) — Abcès cérébelleux, suite d'otite moyenne, opération, mort, par Harrison. (*Lancet*, 6 octobre.) — Du désenchatonnement de l'étrier, par Gellé. (*Arch. int. de rhinol.*, VII, 6.) — De la mobilisation de l'étrier, par Miot. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Ténotomie du tenseur du tympan dans les otites moyennes suppurées chroniques, par Hoffmann. (*Arch. f. Orenh.*, XXVI. 4.) — Abcès cérébral suite d'otite moyenne suppurée, par Moure. (*Arch. ital. di otol.*, II, 3.) — Pachyméningite externe suite d'otite, trépanation, guérison, par Guye. (*Zeit. f Ohrenh.*, XXVI, 1.) — Opération d'un abcès cérébral suite d'otite, par Knapp. (*Ibid.*) — 3 cas mortels de complications intra-craniennes d'otite, par Moos. (*Ibid.*, XXV, 3 et 4.) — L'opération de Stacke modifiée par Schwartze, 12 observations, par Holmes. (*Ibid.*, XXV, 3 et 4.) — Critique de l'opération de Stacke, par Schleicher. (*Soc. belge d'otol.*, juin.) — Otorrée rebelle datant de 1888, névrose du limaçon, opération de Stacke, guérison, par Guément. (*Ann. policl. Bordeaux*, III, 7.) — L'opération de Stacke dans les abcès sous-dure-mériens, par Ferreri. (*Arch. ital. di otol.*, II, 4.) — Excision du marteau comme opération préliminaire pour l'ouverture de la caisse dans les cas de suppuration de la caisse et de l'attique, par Barr. (*Brit. med. assoc. journ. of laryng.*, octobre.) — Excision des osselets dans l'otite moyenne suppurée chronique, par Milligan. (*Ibid.*) — Influence du traitement caustique sur l'élimination des osselets cariés, par Ferreri. (*Arch. ital. di otol.*, II, 3.) — Hémorragie du labyrinthe, 3 cas, par Gradenigo. (*Arch. ital. di otol.*, II, 4.) — 3 cas de maladie de Ménière, traitement par les injections hypodermiques de pilocarpine, par Labit. (*Rev. de laryng.*, 1er septembre.) — Nécrose et séquestre du labyrinthe, par Lannois. (*Ibid.*, 1er juillet.) — De la lésion primitive du labyrinthe osseux, par Politzer. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXV, 3 et 4.) — Ankylose bilatérale de l'étrier, examen manométrique et histologique, par Bezold. (*Ibid.*, XXVI, 1.) — De la mobilisation et de l'extraction de l'étrier fixé dans la fenêtre ovale, des résultats pour l'oreille, par Straaten. (*Thèse de Halle.*) — Sur l'emploi de la vaseline liquide dans le traitement de la sclérose auriculaire, par Broockaert. (*Soc. belge d'otol.* juin.) — De la périchondrite du pavillon, par Courtade. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Larves vivantes dans l'oreille, par d'Aguanno. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Actinomycose de l'oreille moyenne; abcès actinomycotique au voisinage de l'apophyse mastoïde, par Zaufal. (*Prager med. Wochenschr.*, 27 et 28.) — Etude expérimentale sur la mycose aspergillaire de l'oreille (inoculation chez des lapins sans résultats), par Ferreri. (*Arch. ital. di otol.*, II, 3.) — Pseudo-otolithe de l'oreille droite, par d'Aguanno. (*Ibid.*, II, 4.) — Fibrome papillaire kystique télangiectasique de la caisse tympanique avec néoproductions fibreuses et papillo-

mateuses de l'oreille moyenne et externe, par Cozzolino. (*Ibid.*, II, 3.) — Pathologie de l'othématome, par Goodall. (*Journ. of mental sc.*, octobre.) — Ablation d'une exostose de l'oreille après détachement du pavillon, par Taylor. (*Brit. med. j.*, 20 octobre.) — Epithéliome du conduit osseux et cartilagineux et du pavillon, par Denker. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXVI, 1.) — Nouvelle méthode d'autoplastie pour la conque de l'oreille, par Haug. (*Deut. med. Woch.*, 4 octobre.)

**Oreillon.** — Complications des oreillons ; orchite, pseudo-rhumatisme, exanthème ourliens, par Arnaud. (*Marseille médical*, 1 et 2.)

**Os.** — Note sur l'anatomie pathologique de l'ostéite déformante de Paget, par Gilles de la Tourette et Marinesco. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 juin.) — De l'ostéochondrite disséquante, par Staffel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 3.) — Sur la conductibilité des os au point de vue diagnostique, par Okouneff. (*Vratch*, 14 avril.) — Sur un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique traitée par les injections de liquide pneumique, par Demons et Binaud. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — De l'ostéomyélite non purulente, par Grimm. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 3.) — Un cas d'ostéomyélite épiphysaire de la première phalange du médius, par Recamier. (*France méd.*, 22 juin.) — De l'ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de 2 ans, par Aldibert. (*Gaz. hebd. Paris*, 2 juin.) — De l'ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de 2 ans, par Dardenne. (*Thèse de Toulouse.*) — Sur la présence de staphylocoques virulents dans un foyer d'ostéomyélite fermé depuis 35 ans, par J. Schnitzler. (*Centralbl. f. Bakter.*, XV, p. 270.) — Décollement périostique de la diaphyse d'un humérus par un hématome, par Cerné. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Sur un cas d'ostéomyélite juxta-épiphysaire infectieuse aiguë à début brusque, à forme septico-pyohémique et à évolution rapide, compliquée de parotidite double, par Albertin. (*Province méd.*, 4 août.) — Ostéomyélite septique avec érythème multiforme, par Fox. (*Lancet*, 4 août.) — De la dégénérescence cancroïdale des anciens foyers ostéomyélitiques, par Devars. (*Thèse de Lyon.*) — Des opérations précoces dans l'ostéomyélite, par Kuester. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.) — Note pour servir à l'histoire du frottement sous-scapulaire, par Favier. (*Gaz. des hôp.*, 13 octobre.) — Déformation du corps du fémur dans les fractures et arthrites sèches, par Regnault. (*Soc. de biol.*, 21 juillet.) — Guérison de la pseudarthrose des os longs par le procédé de l'enclavement ou du tenon, par Delorme. (*Bull. Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 22 août.) — Exostose sous-unguéale du deuxième orteil, par Villar. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 juillet.) — Du plombage dans les cavités osseuses, par Stachow. (*Beit. z. klin. Chir.*, XII, 2.) — Nouvelle opération pour les absences partielles des os de l'avant-bras et de la jambe, par Rincheral. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.) — De la position à imprimer au membre inférieur après l'ostéotomie sous-trochantérienne, par Ménard. (*Rev. d'orthop.*, 1er septembre.) — 3 cas d'ostéotomie sous-trochantérienne du fémur pour ankylose vicieuse de la hanche, par Le Dentu. (*Cong. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 24 octobre.) — Sur 4 cas d'ostéomes musculaires des cavaliers, par Sieur. (*Cong. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 28 octobre.) — Ostéosarcome central de l'extrémité inférieure du fémur, datant de 10 ans chez un homme de 35 ans. Désarticulation de la hanche, par J.-L. Reverdin et F. Buscarlet. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, p. 248.) — Sarcome encéphaloïde du fémur droit, amputation de cuisse, par Roufflay. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Myélosarcome angiectasique de l'os iliaque, homme de 68 ans, par Odenius. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVI, 21.) — Usage du calcium, magnésium, des acides phosphoriques dans l'urine et les fèces des ostéomalaciques,

par Neumann. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 2.) — Un cas d'ostéomalacie chez une fillette de 15 ans, par Péron et Meslay. (*Soc. anat. Paris*, juillet, p. 603.) — Sur l'ostéomalacie, son traitement par les bains salins, par Z. Pelcza. (*Przegllek.*, juin-juillet.) — De l'ostéomalacie, par Fehling. — De la castration dans l'ostéomalacie, par Orthmann. (*Zeit. f. Geburts.*, XXX, 2, p. 471.) — Traitement de l'ostéomalacie par le phosphore, par Latzko. (*Wiener med. allg. Zeitung*, 1.) — Traitement de l'ostéomalacie, par Fischer. (*Prager med. Woch.*, 16 août.)

**Ovaire.** — La pathologie du parovarium, par Kossmann. (*Cent. f. Gynaek.*, 25 août.) — De la pathologie du parovarium, par Kossmann. (*Ibid.*, 20 octobre.) — Idem, par Nagel. (*Ibid.*) — Influence des formes légères de maladies ovariennes et tubaires sur la stérilité, par Ashby. (*Americ. j. of obst.*, août.) — De l'ovarite tuberculeuse, par Acconci. (*Annali di ostet.*, mai.) — Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite et de leur traitement par la voie vaginale, par Bonnet. (*Thèse de Lyon.*) — Sur la torsion du pédicule des salpingo-ovarites, par Hartmann et Raymond. (*Ann. de gynéc.*, septembre.) — Kyste de l'ovaire, par Dufour. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 juillet.) — Kyste dermoïde de l'ovaire s'étant ouvert dans la vessie 3 ans avant l'opération radicale ; guérison, par Hare. (*Boston med. Journal*, 9 août.) — Kyste dermoïde de l'ovaire renfermant des poils, des dents implantées sur de l'os et deux appendices digitiformes, dont l'un porte un petit ongle, par J.-L. Reverdin et F. Buscarlet. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 177.) — Kyste volumineux de l'ovaire, Ponction aspiratrice ; hémorragie intra-kystique ; mort, par Boursier. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 juillet.) — Kyste de l'ovaire simulant une hernie ombilicale étranglée, par Hopkins. (*Boston med. Journal*, 26 juillet.) — 3 cas de torsion du pédicule de tumeurs ovariques, par Simpson. (*Edinb. med. journ.*, août.) — Des tumeurs solides de l'ovaire, par Lambilliotte. (*Thèse de Lille.*) — De l'ovaire surnuméraire, par Ruppolt. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 3.) — Dégénérescence sarcomateuse d'un tératome combiné à un kyste ovarique, par Schwertassek. (*Ibid.*, XLVII, 3.) — De l'endothéliome de l'ovaire, par Voigt. (*Ibid.*, XLVII, 3.) — Sarcome des deux ovaires ; castration, par Brindel. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 août.) — Symptomatologie et pronostic du sarcome de l'ovaire, par Pick. (*Cent. f. Gynaek.*, 29 septembre.) — Cancer primitif et volumineux de l'ovaire droit avec ascite chez une jeune fille de 17 ans, par Binaud. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 juillet.) — Cancer de l'ovaire, par Cauchois. (*Normandie médic.*, 1er août.) — Réflexions cliniques sur l'ovariotomie, par Laroyenne. (*Cong. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 21 octobre.) — Nouveau procédé de traitement du pédicule des kystes de l'ovaire, par Polosson. (*Ibid.*) — L'hystérectomie vaginale dans les tumeurs solides ou kystiques de l'ovaire, par Segond. (*Ibid.*, 21 octobre.) — Ovariotomie, guérison ; mort 5 semaines après de cancer du pancréas et du duodénum, par Malcolm. (*Lancet*, 8 septembre.)

## P

**Palais.** — Deux cas d'anomalie congénitale des piliers antérieurs du voile du palais, par Garel. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — Paralysie du voile du palais, par Lecocq. (*Soc. belge d'otol.*, juin.) — Adhérence complète du

voile du palais à la paroi postérieure du pharynx, intervention, par Lichtwitz. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Absence complète du voile palatin survenue à l'âge de 15 ans, par Treitel. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 février.) — Tumeur probablement gommeuse de la voûte palatine, par G. Lewin. (*Ibid.*, 16 avril.) — Sur une malformation singulière de la voûte palatine d'origine congénitale, par Thiéry. (*Soc. anat. Paris*, 15 juin.) — Angiome de la voûte palatine, par Gustinelli. (*Riv. di patol. e terap. mal. della gola*, août.) — Du sarcome plexiforme du voile et de la voûte palatine, par Eisenmenger. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 1 et 2.) — Sarcome alvéolaire du voile, par Schmitt. (*Münch. med. Woch.*, 10, p. 188.) — Pronostic et traitement des fissures congénitales du palais, par A. et H. Gutzmann. (*Med. pæd. Mon. f. ges. Sprach.*, mars 1893.) — L'opération des fissures congénitales du palais, par Wolff. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.)

**Paludisme.** — Etat actuel de la question de la nature parasitaire du paludisme, par O. Schellong. (*Cent. f. allg. Gesund.*, XI, et *Hyg. Rundsch.*, IV, 10, p. 445.) — De l'influence du froid sur les parasites de l'impaludisme, par N. Sacharoff. (*Cent. f. Bakter.*, XV, p. 158.) — Existe-t-il une fièvre rémittente non malarienne, par Richmond. (*Medical Record*, 14 juillet.) — Observation d'organismes paludiques en rapport avec la fièvre entérique, par Thompson. (*Americ. j. of med. sc.*, août.) — Paludisme et grossesse, par Chambrelent. (*Gaz. hebd. Paris*, 30 juin.) — De la fièvre à sulfate de quinine, par Treille. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 10 juillet.) — Neurasthénie palustre, par Triantaphyllidés. (*Arch. de neurol.*, août.) — Sur un cas d'anémie palustre, par Jaccoud. (*Union médicale*, 14 juin.) — Gangrène paludique survenue à l'occasion d'une ostéotomie, par Fontan. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — De la pseudo-tuberculose d'origine paludéenne, par Duber. (*Thèse de Lyon.*) — Lésions oculaires dues au paludisme, par Benson. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*) — Observations pratiques sur la malaria, par Daly. (*Medical Record*, 15 septembre.) — Sur deux cas de malaria : l'un de forme rémittente terminé par la mort, l'autre nettement intermittent traité avec succès, par Cutler. (*Boston med. Journal*, 6 septembre.) — Hématurie paludique traitée avec succès sans quinine, par Guice. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er septembre.)

**Pancréas.** — Le pancréas et les données récentes de l'embryogénie, par Gilis. (*Semaine méd.*, 19 septembre.) — Lithiase pancréatique, par Nimier. (*Rev. de méd.*, septembre.) — Traitement chirurgical de la suppuration et de la nécrose du pancréas, par Kœrte. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.) — Un cas de sarcome hémorragique du pancréas, par Schueler. (*Thèse de Greifswald.*) — De la glycosurie dans le cancer primitif du pancréas, par Courmont et Bret. (*Province méd.*, 30 juin.)

**Pansement.** — Application pratique des principes de stérilisation, par Robb. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Sur les accidents dûs à l'emploi médical et chirurgical de l'acide phénique, par Tison. (*Thèse de Lille.*) — Des modifications de la thérapeutique des plaies suivant les conceptions de la nature de leurs accidents, par Barthélemy. (*Thèse de Paris.*) — De l'asepsie en chirurgie, par Terrier. (*Rev. de chir.*, octobre.) — La préparation du catgut, par Bissell. (*N.-York med. j.*, 11 août.) — Des éponges en chirurgie, par Guermonprez. (*Bull. méd.*, 19 septembre.)

**Paralysie.** — Quatre cas de paralysie périphérique du nerf spinal accessoire, par Schlodtmann. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, V, 6.) — Deux cas de paralysie radiculaire brachiale totale d'origine obstétricale, par Glorieux. (*La policl.*

*Bruxelles*, 1er août.) — Paralysie motrice curieuse due au froid, par Rich. (*Med. News*, 25 août.) — Des symptômes oculo-pupillaires dans les paralysies du membre supérieur, par Moxter. (*Thèse de Berlin.*) — Un cas de paralysie familiale périodique, par Hirsch. (*Deut. med. Woch.*, 9 août.) — Deux cas de paralysie ascendante à rétrocession, par Grasset. (*N. Montpellier méd.*, 32, 33 et 34, p. 629, 649 et 669.) — Paralysie bulbaire unilatérale subaiguë, par Wiener. (*N.-York med. j.*, 14 juillet.) — Trépanation du crâne pour paralysie spasmodique, par Smith. (*Lancet*, 28 juillet.) — De l'arthrodèse dans les paralysies spinales infantiles, par Karasiewicz. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — Sur la maladie de Parkinson, par Z. Bychowski. (*Medycyna*, juin.)

**Paralysie générale.** — Etiologie et symptomatologie de la paralysie, par Gudden. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVI, 2.) — Des rapports de la syphilis et de la paralysie générale, par Henri. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale, par Gaudier. (*Thèse de Lille.*) — De la forme infantile de la paralysie générale, par Moussous. (*La méd. infantile*, 15 août.) — Altérations du sympathique dans la paralysie générale, par Angiotella. (*Manicomio mod.*, X, 1.) — Atrophie musculaire dans la paralysie progressive, par Hoche. (*Neurol. Cent.*, 1er septembre.) — Paralysie générale à forme mélancolique d'emblée, par Terrade. (*Limousin méd.*, 1er juin.)

**Parole.** — Le côté sensoriel de l'aphasie, par Shaw. (*Brain*, 64.) — De l'hérédité du bégaiement, par Epstein. (*Prager med. Woch.*, 23.)

**Parotide.** — Fibro-myxo-sarcome de la parotide, par Vergely. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 août.)

**Paupière.** — Sur la physiologie du muscle orbiculaire des paupières, par Février. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — Du colobome congénital des paupières, par Zeilendorf. (*Wiener klin. Woch.*, 27 septembre.) — Une forme de trichiasis congénital, par Stephenson. (*Trans. opht. Soc. Unit. Kingd.*, XIV, p. 13.) — Nouvelle opération pour le trichiasis et les distichiasis, par Watson. (*Ibid.*, p. 17.) — Gangrène des paupières et de l'œil, cicatrisation, Jessop. (*Ibid.*, p. 22.) — Histologie du trachome, par Ridley. (*Ibid.*, p. 24.) — Sur le trachome, par Lydston. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 29 septembre.) — Sur les côtés sombres du traitement chirurgical du trachome, par Gifford. (*Medical Record*, 25 août.) — Nouvelle opération du ptosis par Mules. (*Cong. d'opht., Edimbourg.*)

**Peau.** — De la coloration du protoplasma, recherches sur les cellules du tissu connectif de la peau, par Unna. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIX, 5.) — Elastine et élacine, par Unna. (*Ibid.*, XIX, 8.) — Des fonctions de la peau, par Daddi. (*Lo Sperimentale*, XLVIII, 4.) — Sur les taches pigmentaires congénitales de la peau, par Variot. (*Journ. de clin. infant.*, 9 août.) — Sur la pathologie de l'épiderme, par Ehrmann. (*Wiener med. Woch.*, 22 septembre.) — Des maladies de peau d'origine nerveuse, dermato-neuroses et de leur traitement, par Leloir. (*Bull. méd.*, 15 août.) — De la systématisation moderne en dermatologie, par Kaposi. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 1.) — Etat actuel de l'étude des dermatomycoses, par Pick. (*Ibid.*, XXIX, 1.) — Un cas de dermatite herpétiforme, par Nammack. (*N.-York med. j.*, 8 septembre.) — Un cas de dermatite herpétiforme de Duhring, par Neuberger. (*Münch. med. Woch.*, 22, p. 433.) — Dermatite herpétiforme de Duhring, par Peter. (*Berl. klin. Woch.*, 390, 16 avril.) — Der-

matite herpétiforme de Duhring, variété érythémato-pustuleuse, par Wickham. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 juillet.)—Dermatite consécutive à une infection par les gaz des fosses d'aisance, par Du Castel. (*Ibid.*, 12 juillet.) —Etude clinique anatomo-pathologique et pathogénique de la tuberculose cutanée verruqueuse, par Étienne. (*Rev. méd. de l'Est*, 9, p. 269.) — De la kératodermie, par Breda. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXIX,2.) — Un cas d'atrophie symétrique de la peau, par Zinsser. (*Arch. f. Dermat.*, XXVIII, 2 et 3.) — Des cornes cutanées, par Schoebl. (*Ibid.*, XXIX, 1.) — Quelques variétés rares d'affections cutanées : xanthome, hydroa, impétigo varioliforme, par Jamieson. (*Brit. j. of Dermat.*, octobre.) — Pustules et gangrènes de la peau du membre inférieur droit chez un jeune homme, contenant des bacilles inoculables, par Rotter. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 mars.) — Du mode d'application des substances employées dans le traitement des affections de la peau, par Cathelineau. (*Gaz. méd. Paris*, 21 juillet.) — Emploi des disques et cylindres métalliques dans le traitement électrique des maladies de la peau, par Shoemaker. (*Med. News*, 21 juillet.) — Emploi de la belladone dans certaines affections cutanées, par Dunbar. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Traitement des affections cutanées par la kataphorèse, par Ullmann. (*Wiener med. Woch.*, 22 septembre.)

**Pellagre.** — Recherches sur les microorganismes du maïs gâté, par Monti et Tirelli. (*Riv. d'igiene*, II, 1.) — Les microorganismes du maïs gâté, par Tirelli. (*Ann. di freniat.*) — De l'étiologie de la pellagre et de ses rapports avec les substances toxiques produites par les microorganismes du maïs, par Pellizzi et Tirelli. (*Ibid.*, broch. *Turin.*)

**Pemphigus.** — Pemphigus et pemphigoïdes, par Du Castel. (*Union médicale*, 31 juillet.) — Pemphigus infectieux, par Trouillet. (*Dauphiné méd.*, 1er juillet.) — Pemphigus chronique guéri par l'arsenic et la pommade ichtyolée, par Vergely. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 août.)

**Périnée.** — Les meilleurs procédés d'opération des déchirures anciennes du périnée, par Wylie. (*Americ. j. of obst.*, juillet.)

**Péritoine.** — Disposition du péritoine sur l'estomac et particulièrement au niveau du cardia, par Durand. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 mai.) — Absorption des substances corpusculaires par le péritoine, par Muscatello. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVII, 9 et 10.) — Des adhérences péritonéales douloureuses, par Nicaise. (*Rev. de chir.*, août.) — Un cas de péritonite chronique avec fistule abdomino-intestinale ; entérorraphie ; guérison, par Wiggin. (*Medical Record*, 11 août.) — Traitement de la pelvi-péritonite chronique adhésive, par A. Martin. (*Zeit. f. Geburts.*, XXX, 2, p. 498.) — Traitement chirurgical de la péritonite septique diffuse, par Lockwood. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 23 octobre.) — Traitement chirurgical des péritonites généralisées, par Guelliot. (*Gaz. des hôp.*, 14 août.) — Tuberculose primaire du péritoine guérie par la laparotomie ; quatre cas, par Mc Nutt. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 28 juillet.) — Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par Runnels, (*Americ. j. of obst.*, août.) — Recherches expérimentales sur l'influence de la laparotomie sur la péritonite tuberculeuse, par Stchégoleff. (*Arch. de méd. expér.*, VI, 5.) — Des tumeurs kystiques rétro-péritonéales, par Franck. (*Wiener klin. Woch.*, 30 août.)

**Peste.** — La peste à Canton, par Niles. (*N.-York med. j.*, 13 octobre.)—La peste bubonique à Hong-Kong, par Yersin. (*Arch. de méd. nav.*, octobre

et *Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 9.) — De la peste, par Kitasato. (*Bull. méd.*, 23 septembre.) — Le bacille de la peste, par Kitasato. (*Lancet*, 25 mars.)

**Pharmacologie.** — Matériaux pour la théorie chimique de l'action physiologique générale des médicaments végétaux, par Poluta. (*Rev. de méd.*, octobre.) — Action vaso-dilatatrice de la strychnine, par Delezenne. (*Arch. de phys.*, VI, 4.) — Vaso-dilatation périphérique produite par la strychnine, par Wertheimer et Delezenne. (*Soc. de biol.*, 28 juillet.) — Toxicité comparée de la digitaline sur quelques espèces animales, par Scofone. (*Thèse de Genève.*) — Expériences sur le poison des flèches des indigènes de l'Afrique équatoriale orientale, par Tillie et Fraser. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.* p. 186, janvier.) — De la localisation des principes actifs des cucurbitacées, par Brœmer. (*Thèse de Toulouse.*) — Etude de la nucléine, par Aulde. (*N.-York med. j.*, 29 septembre.) — De l'arsénite de cuivre, par Hrdlicka. (*Ibid.*) — Nouvelle formule pour émulsionner l'huile lourde de houille, par Périer. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Sur l'action désinfectante de la formaline, par C. Ascoli. (*Giorn. d. R. Accad. di Med. Torino*, 6, 7 et 8, p. 453.) — De la ferratine, par G. Sée. (*Bull. Acad. de méd.*, 21 août.) — Quelques expériences sur l'action physiologique de l'hématoxyline, par Combemale. (*Bull. de thérap.*, octobre.) — De la lactophénine, par Strauss. (*Therap. Monats.*, septembre.) — De la formaldéhyde, par Blum. (*Münch. med. Woch.*, 24, p. 475.) — Recherches expérimentales sur l'action du lysol au point de vue physiologique et anatomo-pathologique, par Maass. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LII, p. 435.)

**Pharynx.** — Sur les empreintes en plâtre de la cavité pharyngienne supérieure et des choanes, par Hopmann. (*Ann. mal. de l'or.*, juillet.) — Crises de spasme pharyngé chez les tabétiques, par Courmont. (*Rev. de méd.*, septembre.) — De la pharyngite rétro-nasale, par Vacher. (*Rev. de laryng.*, 15 août.) — De l'influence du climat sur les affections auriculaires et naso-pharyngiennes, par Grand. (*Lyon méd.*, 30 septembre.) — Des effets de la mauvaise ventilation de la gorge, par Robinson. (*Medical Record*, 1er septembre.) — Traitement du catarrhe naso-pharyngien, par Chappell. (*Virginian med. monthly*, juillet.) — Mycose du pharynx et des amygdales, par Ingals. (*N.-York med. j.*, 1er septembre.) — Deux nouveaux cas de guérison de la pharyngomycose leptothricique par l'acide chromique anhydre, par Wagnier. (*Rev. de laryng.*, 15 août.) — Mycosis de l'amygdale pharyngée, par Dunn. (*N.-York med. j.*, 28 juillet.) — Lymphadénite rétro-pharyngienne, par Casselbery. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 29 septembre.) — Abcès chaud rétro-pharyngien, par Belliard. (*Rev. de laryng.*, 1er septembre.) — Emploi de l'huile de croton pour le traitement de la pharyngite phlegmoneuse, par Helbing. (*Cong. d'Heidelberg*, *Münch. med. Woch.*, 24 à 26.) — Couteau pour l'ouverture des abcès rétro-pharyngiens, par Carstens. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVIII, 2 et 3.) — Incision des abcès froids rétro-pharyngiens par la voie antéro-latérale, par Reverdin. (*Cong. franç. de chir.* et *Bull. méd.*, 17 octobre.) — Brûlure du pharynx, du larynx et de l'œsophage par ingestion d'acide sulfurique, par Wagnier. (*Rev. de laryng.*, 15 octobre.) — De la gangrène primitive de la gorge, par v. Stein. (*Monats. f. Ohrenh.*, mai.) — Végétations intra-nasales comme facteurs de catarrhes du larynx et de l'oreille, par Snow. (*Medical Record*, 18 août.) — Des végétations adénoïdes, par Beausoleil. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 août.) — Végétations adénoïdes et dégénérescence, par Régis. (*Ibid.*, 12 août.) — Déformation de la face et obstruction des voies respiratoires supérieures, causes, mécanisme, par Lavrand. (*Rev. de laryng.*,

15 août.) — Végétations adénoïdes du pharynx nasal ayant déterminé des accidents cérébelleux réflexes, écrasement, guérison, par Guillaume. (*Union méd. du Nord-Est*, juillet.) — Des tumeurs rétro-nasales, par Parker. (In-8°, 98 p., *Londres*.) — De la régression ou de la guérison spontanée des tumeurs pharyngées et naso-pharyngées, par d'Aguanno. (*Boll. mal. dell'orecchio*, XII, 10 et *Cong. de Rome*, *Journ. of laryng.*, septembre.) — L'opération des tumeurs du pharynx nasal, par Kijewski et Wroblewski. (*Arch. f. Laryng.*, II, 1.) — Des tumeurs naso-pharyngiennes, par Sendziak. (*Monats. f. Ohrenh.*, juin.) — Tumeur de la cavité naso-pharyngienne, volumineux papillome, par Sendziak. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Un cas de fibro-lipome du pharynx, par Roe. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 29 septembre.) — Deux cas de sarcome du pharynx, par Félix. (*Monats. f. Ohrenh.*, août.)

**Phlegmon.** — Contribution à l'étiologie du phlegmon gazeux, par Bunge. (*Fortsch. der Med.*, 14, p. 533.) — Le phlegmon diffus de la gaine vasculaire du membre supérieur, par Jaboulay. (*La médecine moderne*, 17 janvier.)

**Physiologie.** — Méthode d'étude de la physiologie, por Rutherford. (*Edinb. med. j.*, novembre.)

**Pied.** — Des déchirures de l'aponévrose plantaire, par Ledderhose. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.) — De la déviation en dehors du gros orteil, par Lafourcade. (*Gaz. des hôp.*, 28 juillet.) — Traitement non chirurgical de la tarsalgie, par Gibney. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.) — Tuberculose du pied, arthrites fongueuses médio-tarsiennes et tarso-métatarsiennes, désarticulation sous-astragalienne, par Ferraton et Hassler. (*Arch. de méd. mil.*, septembre.) — Contribution à l'étude de la résection ostéo-plastique du pied selon Mikulicz, par Trzebicky. (*Wiener med. Woch.*, 30 juin.) — De la tuberculose du pied, 305 observations, par Mondan. (*Rev. de chir.*, septembre.) — De l'anatomie du pied bot, par Hartley. (*Medical Record*, 18 août.) — Note sur le raccourcissement opératoire du tendon d'Achille dans le pied bot talus paralytique, par Phocas. (*Rev. d'orthop.*, 1er septembre.) — Allongement du tendon d'Achille par dédoublement et suture immédiate des deux bouts dans un cas de pied bot équin paralytique, par Prioleau. (*Arch. prov. de chir.*, III, 10.) — Traitement de la rotation interne dans le pied varus équin congénital, par Lauenstein. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 mai.) — Traction élastique dans le traitement du pied bot, par Barlow. (*Americ. orthop. Ass.*, 29 mai.) — Méthode de Phelps pour le pied bot chez l'adulte, par Wirt. (*Ibid.*) — Le traitement des pieds bots, par Broca. (*France méd.*, 2 février.)—Traitement du pied bot équin varus congénital, par Lauenstein. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 3.) — Du traitement du pied bot, par Verdière. (*Thèse de Lille.*) — Traitement chirurgical du pied bot paralytique, par Winkelmann. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 1 et 2.) — Le pied plat douloureux, sa pathogénie, son traitement, par Bloch. (Broch., *Paris.*) — Diagnostic et traitement du pied plat, par Romich. (*Wiener med. Presse*, 19 août.)

**Placenta.** — Anatomie normale et pathologique du placenta humain, par Merttens. (*Zeit. f. Geburts.*, XXX, 7.) — Des conditions qui règlent le passage des microorganismes au travers du placenta, par Charrin et Duclert. (*Ann. de gynéc.*, août.) — Décollement prématuré du placenta à insertion normale, par Bué. (*Arch. de tocol.*, juillet.) — Hémostase endoutérine dans les métrorragies post-partum par placenta prœvia central, par

Billitterri. (*Riforma medica*, 19 juillet.) — Placenta prœvia ; plaidoyer en faveur de l'accouchement forcé, par Eliot. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 août.) — Hémorragies par insertion vicieuse du placenta, par Tarnier. (*Bull. méd.*, 16 septembre.) — Placenta succenturié à insertion vicieuse centrale ; tamponnement ; mort par hémorragie ; à la partie inférieure du canal cervical déchirure superficielle de 1 centimètre et demi de long, par P. Strassmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 mars.)

**Plaie.** — 40 cas de plaies par armes à feu, par Mills Jones. (*Med. News*, 29 septembre.)

**Plèvre.** — La pleurésie est-elle rhumatismale, par Mc Artney. (*Medical Record*, 22 septembre.) — Sur un cas d'hydrothorax, par Potain. (*Médecine moderne*, 31 mars.) — Contribution à l'étude du traitement radical de la pleurésie exsudative, par V. d'Auria. (*Riv. clin. e terapeutica*, 9, p. 461.) — Examen critique du traitement des pleurésies chroniques, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thérap.*, 15 septembre.) — Résorption spontanée de l'empyème, par Rosenstock. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — Pleurésie purulente métapneumonique ; guérison après deux ponctions, par Brunon. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 juin.) — Traitement de l'empyème consécutif à la tuberculose pulmonaire, par Baeumler. (*Deut. med. Woch.*, 13 septembre.) — Résections costales dans la pleurésie purulente, par Guillemot. (*Gaz. hebd. Paris*, 24 mars.) — Du traitement chirurgical de la pleurésie purulente, par Coppens. (*Thèse de Lille.*) — Traitement de la pleurésie purulente, par Laache. (*Deut. med. Woch.*, 9 août.) — Hématoporphinurie dans deux cas de sarcome de la plèvre, par Caporali. (*Riv. clin. e terap.*, août.)

**Poil.** — De la tricorrexie chez les femmes de Constantinople, par Hodara. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIX, 4.) — Hypertrichosis localisé, congénital avec pigmentation mélanique de la peau et ichtyose circonscrite, par van Duyse. (*Flandre méd.*, 4 octobre.) — Propriétés épilatoires de l'hydrosulfate de calcium, par Annequin. (*Dauphiné méd.*, 1er juin.) — Considérations sur la plique, par Méneau. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er mars.)

**Poumon.** — Sur deux modalités différentes de la pneumonie, par Ferrand. (*Semaine méd.*, 12 septembre.) — Pneumonie contagieuse, par Daly. (*Lancet*, 11 août.) — De la pneumonie traumatique, par Guérin. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Des symptômes et de quelques conséquences immédiates de la pneumonie aiguë, par Hood. (*Lancet*, 18 août.) — La fièvre pneumonique, par Lancereaux. (*Journal des Praticiens*, 11, p. 121.) — Sur l'histologie de la pneumonie fibrineuse, par Bezzola. (*Archiv. f. pathol. Anat.*, CXXXVI, 2.) — Pneumonie lobaire du lobe droit, orchite aiguë consécutive, par Négel. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, 1.) — Des arthrites méta-pneumoniques, par Juvigny. (*Thèse de Paris.*) — Thyroïdite à pneumocoques post-pneumoniques, par Lion et Bensaude. (*Soc. anat. Paris*, 1er juin.) — Pneumonie infantile et méthode de Brand, par Chambard-Hénon. (*Lyon méd.*, 16 septembre.) — Traitement de certains symptômes de la pneumonie croupale, par Robinson. (*N.-York med. j.*, 25 août.) — Valeur comparée du bain froid et du drap mouillé dans le traitement de la pneumonie, par Rendu. (*Journal des Praticiens*, 10, p. 109.)— Applications glacées dans la pneumonie, par Mays. (*Med. News*, 13 oct.)— Injections dans la pneumonie et la fièvre typhoïde de sérum provenant de convalescents des mêmes maladies, par Hughes et Carter. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.) — Dilatations bronchiques du sommet du poumon, hémoptysies

abondantes, par Bensaude. (*Soc. anat. Paris*, 1er juin.) — La ration alimentaire nécessaire pour l'oxygénation dans les maladies pulmonaires, par Reed. (*Med. News*, 22 septembre.) — Observation sur l'atelectasie pulmonaire physiologique, par Abrams. (*Medical Record*, 1er septembre.) — Des déterminations pneumococciques pulmonaires sans pneumonie, par Duflocq. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.) — Arthrite pneumonique suppurée à infection mixte, par Meunier. (*Ibid.*) — Trois années d'expérience avec le traitement des affections pulmonaires au Sanatorium près de Boston, par Bowditch. (*Boston med. Journal*, 12 juillet.) — De la gymnastique pulmonaire dans le traitement des affections chroniques, par Walbridge. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 28 juillet.) — Sur l'histogenèse de l'induration pulmonaire, par Molly Herbig. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXVI, 2) — De la position des malades en cas d'abcès pulmonaires, par Apolant. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Une observation de cancer primitif du poumon, par Courmont et Bret. (*Province méd.*, 4 août.) — Concrétions osseuses du poumon, par Cornil. (*Soc. anat. Paris*, 1er juillet.) — Résection totale d'un poumon, chien, par Omer. (*Lyon méd.*, 29 juillet.) — Traitement du pneumothorax des tuberculeux, par H. Richardière. (*Médecine moderne*, 28 février.)

**Prostate.** — De l'atrophie de la prostate, de la castration dans l'hypertrophie de la prostate, par Launois. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, octobre.) — La castration pour hypertrophie de la prostate, par White. (*Union médicale*, 30 juin.) — Diagnostic et traitement de l'hypertrophie de la prostate, par Belfield. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 juillet.) — Pathologie de l'hypertrophie de la prostate, par Moullin. (*Lancet*, 20 octobre.) — Cancer primitif de la prostate, propagation aux ganglions, par Dufour. (*Soc. anat. Paris*, 15 juin.) — Ostéite cancéreuse dans le cancer de la prostate, par Sasse. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 3.)

**Prurigo.** — Prurigo simplex aigu et prurigo de Hébra, par Hallopeau. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 juillet.)

**Psoriasis.** — Psoriasis à l'âge de 2 ans et 5 mois, par Rambo. (*N.-York med. j.*, 13 octobre.)

**Psychologie.** — Manuel de psychologie, par Ladd. (In-12, 224 p., *New-York.*) — Un exemple d'atavisme psychique, par Weir. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.)

**Psychose.** — La genèse de l'hallucination, de l'illusion et de la désillusion, par Tomlinson. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.) — Considérations sur les hallucinations provoquées par la perte d'un sens, par Maupaté. (*France méd.*, 15 juin.) — Observations de troubles mentaux en rapport avec des affections des organes génitaux, par Tompkins. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Amnésie rétrograde progressive, antérograde continue, par Sciamanna. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 2.) — Des psychoses par auto-intoxications, par Jacobson. (*Allg. Zeit. f. Psychiat.*, LI, 2.) — Guérison simultanée d'affections mentales et chirurgicales, par Rouby. (*Bulletin médical Vosges*, 10 septembre.)

**Puerpéral.** — Infection puerpérale par le bactérium coli, mort, par Eisenhart. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 2.) — De la fréquence de la septicémie puerpérale dans le Massachusetts, par Reynolds. (*Boston med. Journal*, 16 août.) — Infection puerpérale staphylococcique, pelvi-péritonite, endocardite

ulcéro-végétante, parotidite suppurée d'origine embolique, par SABRAZÈS et FAGUET. (*Gaz. des hôp.*, 27 septembre.) — Pseudo-infection puerpérale d'origine intestinale due au coli-bacille, par DUMONT. (*Arch. de tocol.*, juillet,) — De l'érythème dans les suites de couches, par GAERTIG. (*Cent. f. Gynaek.*, 28 juillet.) — Arthrite puerpérale du genou, rapidité d'évolution des phénomènes infectieux, par OSMONT. (*Année méd. de Caen*, 15 avril, et *Arch. de tocol.*, octobre.) — Injections intraveineuses de sublimé dans la septicémie puerpérale, par v. KEZMARSZKY. (*Cent. f. Gynaek.*, 22 septembre.)— Sur le curetage précoce dans l'infection puerpérale, par DENIS. (*Thèse de Paris.*) — Folie puerpérale, par DAGONNET. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Folie puerpérale, causes et symptômes, par Byrd HARRISON. (*Americ. j. of obst.*, octobre.) — *Idem*, par SPRIGG. (*Ibid.*)

**Purpura.** — Pathogénie et traitement du purpura hémorragique, par AIELLO. (*Riforma med.*, 4 mai.) — Purpura hémorragique pendant la grossesse, par CHAMBRELENT. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 juillet.)

**Quinine.** — Un mot de la quinine, par BONAMY. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 septembre.)

R

**Rachis.** — Scoliose infantile, diagnostic, par FRUITNIGHT. (*Americ. pœdiat. soc.*, 29 mai.) — De la scoliose tardive des jeunes garçons, par SAINTON. (*Rev. d'orthopédie*, 1er septembre.) — Traitement de la scoliose habituelle, par MULLER. (*Arch. f. Kinderh.*, XVII, 5 et 6.) — De l'emploi du corset plâtré, par Th. KÖLLIKER. (*Münch. med. Woch.*, 13, p. 244.) — Arthrite rhumatismale des vertèbres cervicales, par LANNELONGUE. (*Bull. méd.*, 3 octobre.) — Développement de calculs du rein à la suite des plaies médullaires par fracture du rachis, par HENTSCHEL. (*Thèse de Halle.*) — Fractures de la colonne vertébrale, étranglement de l'intestin entre les fragments, déchirures du foie, rupture du rein droit, par RIVET. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Pronostic des abcès dans le mal de Pott, par TUBBY. (*Guy's hosp. Rep.*, L, p. 103.) — 138 cas de paralysie de Pott, par HUDDLESTON. (*Americ. j. of med. sc.*, août.) — Deux cas de spondylite cervicale tuberculeuse, par GOLDSCHEIDER. (*Berl. klin. Woch.*, 25 septembre 1893.) — Les causes et le traitement de la paralysie dans le mal de Pott, par JABOULAY. (*Lyon méd.*, 7 octobre.) — Sur un cas de subluxation de la colonne lombaire, par BAUMULLER. (*Münch. med. Woch.*, 17, p. 326.) — Luxation de la colonne cervicale, par SIEUR. (*Congr. franç. chir.*, *Bull. méd.*, 17 octobre.) — Un cas de paraplégie pottique guérie spontanément, par LOISON. (*Ibid.*) — Traitement de la paraplégie du mal de Pott dorsal par le drainage latéral, par MÉNARD. (*Ibid.*)—Bons effets des injections iodoformées dans les abcès du mal de Pott, par KIRMISSON. (*Ibid.*) — De l'intervention chirurgicale dans le mal de Pott, par GANGOLPHE. (*Ibid.*, 28 octobre.) — Des tumeurs congénitales du sacrum, par GANZ. (*Prager med. Woch.*, 11 octobre.) — Des tumeurs sacro-coccygiennes congénitales, par van DUYSE. (*Flandre méd.*, 6 septembre.) — Ponction lombaire pour retirer du liquide céphalo-rachidien, par BROWNING. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Etat actuel de

la chirurgie du rachis, par Kirmisson. (*Journal des Praticiens*, n° 30, p. 349, et *Congr. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 14 octobre.) — Discussion sur le traitement des lésions du rachis et de la moelle à la Brit. med. Assoc. (*Brit. med. j.*, 27 octobre.) — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs des méninges rachidiennes, par Romme. (*Gaz. hebd. Paris*, 31 mars.) — Cas de chirurgie rachidienne, par Péan. (*Congr. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 14 octobre.) — De la laminectomie, par Wyman. (*N.-York med. j.*, 6 octobre.) — De quelques faits récents de chirurgie médullaire, par Chipault. (*Gaz. des hôp.*, 29 septembre.) — Intervention sur la colonne vertébrale, trépan tire-fond, par Auffret. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Les lésions traumatiques de la colonne vertébrale, leur traitement par la laminectomie et la trépanation, par de Lauwereyns de Rosendaele. (*Thèse de Lyon.*)

**Rachitisme.** — Étiologie, prophylaxie, traitement du rachitisme, par Snow. (*Americ. pœdiat. soc.*, 29 mai.) — Rachitisme congénital, par Townsend. (*Ibid.*) — La grande fréquence du rachitisme chez les enfants napolitains dans les villes d'Amérique, par Snow. (*Med. News*, 22 septembre.) — L'affaissement du col du fémur sous l'influence du rachitisme, par Kirmisson. (*Rev. d'orthop.*, 1er septembre.) — Traitement du rachitisme, par Le Gendre et Broca. (*Mercredi médical*, 24 janvier.) — Traitement du rachitisme, par Comby. (*Méd. mod.*, 6 octobre.) — Traitement chirurgical des difformités rachitiques, par Willard. (*Americ. orthop. Assoc.*, 29 mai.)

**Rage.** — La rage chez la souris, par Keirle. (*N.-York med. j.*, 25 août.) — Statistique de la rage à Saint-Pétersbourg, par Wladimirow. (*Arch. de biol. Saint-Pétersbourg*, III, 1.) — De la rage dans les Deux-Sèvres (1807-1892), par Ricochon. (*Gaz. hebd. Paris*, 17 février.) — De la curabilité de la rage paralytique, par Murri. (*Policlinico*, 1er août.) — Étude critique sur les vaccinations antirabiques, par Zienetz. (*Journ. de méd. Paris*, 19 août.)

**Rate.** — Sur les déplacements que subit la rate, dans les modifications de la position du corps, par Livini. (*Lo Sperimentale*, 13.) — L'examen physique de la rate et des reins, par Stalker. (*Edinb. med. j.*, août.) — Des abcès de la rate d'origine infectieuse, un cas de splénite dans la variole, par Reysset. (*Thèse de Bordeaux.*) — Déplacements de la rate avec torsion du pédicule, par Darfeuille. (*Thèse de Paris.*) — Extirpation d'une rate mobile hypertrophique. Guérison, par Angerer. (*Münch. med. Woch.*, 28, p. 557.) — Rotation de la rate, ablation, guérison, par Malins. (*Lancet*, 15 septembre.) — Un cas heureux de splénectomie, par Conklin. (*Medical Record*, 28 juillet.)

**Rectum.** — Nature du rétrécissement du rectum, par Duplay. (*Journ. des Praticiens*, n° 25, p. 289.) — De la voie vaginale dans les excisions pour rétrécissements non cancéreux du rectum, par Campenon. (*Congr. franç. Chir.*, *Bulletin méd.*, 21 octobre.) — Étude critique des traitements des prolapsus du rectum, par Vendrely. (*Thèse de Paris.*) — Traitement du prolapsus du rectum par le galvanisme, par Mitchell. (*Lancet*, 8 septembre.) — Adénomes multiples du rectum comme cause de cancer, par Fink. (*Thèse de Greifsvald.*) — Résection du rectum pour prolapsus, par Bogdanik. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.)

**Réflexe.** — Le réflexe pilomoteur, par Mackenzie. (*Brain*, n° 64.) — Étude des réflexes rotuliens, par Zander. (*Thèse de Leipsig.*)

**Rein.** — Sur la physiologie pathologique rénale, par Mya. (*Lo Sperimentale*,

3, p. 41.) — Néphrite expérimentale d'origine bactérienne, par Pernice et Scagliosi. (*Riforma med.*, 2 juin.) — Trois cas de mal de Bright, par Ogden. (*Boston med. Journal*, 27 septembre.) — Symptômes nerveux et mentaux de la néphrite latente et intermittente sans albuminurie, par Bremer. (*Med. News*, 20 octobre.) — De l'anurie dans le cours de la néphrite interstitielle, par Drulos. (*Journal des Praticiens*, 8, p. 85.) — Pyélo-néphrite; accidents infectieux, mort, par Guépin. (*Gaz. méd. Paris*, 11 août.) — Pipérazine dans la colique néphrétique, par Mc Kinlock. (*N.-York med. j.*, 18 août.) — Études sur les fonctions du rein dans un cas de fistule uretéro-abdominale, par Neumann. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 3.) — Sur le reflux du contenu vésical dans les uretères, par Courtade et Guyon. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Inflammation des uretères chez la femme, par Mann. (*Americ. j. of med. sc.*, août.) — Chirurgie de l'uretère, par Buedinger. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 3.) — Hystérectomie abdominale, résection de l'uretère et implantation dans la vessie, par Penrose. (*Times and register*, 12 mai.) — Extirpation d'un calcul de l'uretère, par Helferich. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.) — Sur une forme particulière de calculs rénaux, par Peipers. (*Münch med. Woch.*, 17, p. 531.) — Calcul d'indigo dans le rein, par Forbes. (*Med. News*, 18 août.) — Pyélonéphrite calculeuse compliquée de phlegmon périnéphrétique, de périty phlite et d'obstruction de l'urètre par un calcul, par Reymond. (*Soc. anat. Paris*, 22 juin.) — Anurie calculeuse, par Legueu. (*Bulletin Méd.*, 11 juillet.) — Anurie calculeuse opérée au cinquième jour par l'extraction d'un calcul de l'uretère à travers l'incision du rein, par Legueu. (*Mercredi méd.*, 25 juillet.) — De la taille rénale dans le traitement de certaines formes d'anurie, par Picqué. (*Congr. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 24 octobre.) — Néphrotomie dans un cas d'anurie par obstruction, par Jouon et Vignard. (*Arch. prov. de chir.*, III, 8.) — Néphrolitotomie et néphrectomie dans les calculs ramifiés du rein, par Duret. (*Bulletin méd.*, 3 octobre.) — Étiologie de la pyonéphrose, par Olivieri. (*Riforma med.*, 21 juillet.) — Lithiase rénale, hydronéphrose calculeuse droite, atrophie du rein gauche, par Claude. (*Soc. anat. Paris*, 1er juillet.) — De l'hydronéphrose intermittente, par Légerot. (*Thèse de Lyon.*) — Note sur un cas d'hydronéphrose intermittente double, par Siraud. (*Gaz. hebd. Paris*, 31 mars.) — De l'hydronéphrose traumatique, par Wagner. (*Berliner klinik*, 72.) — Un cas d'affection kystique du rein, par Mac Intire. (*Boston med. Journal*, 23 août.) — Contribution à l'étude du rein kystique, par Depage. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 septembre.) — Des déplacements du rein, par Charrin. (*Ann. de méd.*, 5 septembre.) — Le rein mobile et son traitement (Extirpation partielle de la capsule graisseuse, fixation du rein par suture à étages), par Schilling. (*Münch. med. Woch.*, 18.) — Des résultats éloignés de la néphropexie, par Mayolle. (*Thèse de Lille.*) — Fibrome énorme rétro-rénal, par Reverdin. (*Congr. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 21 octobre.) — Quelques points de la chirurgie du rein, par Romme. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 juin.) — Traitement du rein chirurgical, par Weir. (*Medical Record*, 15 septembre.) — De la néphrolithotomie, par Greiffenhagen. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.) — Chirurgie rénale, 9 néphropexies, 7 néphrotomies, 2 néphrectomies, par Mazzoni. (*Policlinica*, 15 août.) — Néphrectomie, 1 cas, par Lobingier. (*Med. News*, 15 septembre.) — Pourquoi l'extirpation des capsules surrénales amène la mort chez les animaux, par de Dominicis. (*Arch. de phys.*, VI, 4.) — Sur les tumeurs aberrantes des capsules surrénales se développant dans le rein, par P. Sudeck. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVI, 2.)

**Résection.** — Un cas d'excision de la tête et de dix centimètres du corps de l'humérus, par Guthrie. (*Medical Record*, 15 septembre.) — Des résections

longitudinales de l'extrémité supérieure de l'humérus et du fémur, par JABOULAY. (*Gaz. hebd. Paris*, 24 février.) — Procédé de Watson de résection du poignet, par MILLER. (*Edinb. med. j.*, août.) — Résection des os du bassin, de l'articulation sacro-iliaque, par CRAMER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 3.) — Cas de résections ostéoplastiques du sacrum, par KAMMERER. (*Medical Record*, 28 juillet.) — 52 résections de hanche pour coxo-tuberculose, par VINCENT. (*Congr. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 24 octobre.) — 5 cas de résection totale de l'extrémité supérieure du fémur et de la cavité glénoïde, par BARDENHEUER. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 mai.) — Sur un cas de régénération presque intégrale de la moitié supérieure du fémur par le périoste conservé et de reconstitution d'une articulation coxofémorale utile, à la suite d'une résection de la hanche, par CALOT. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 442.) — De la méthode semi-circulaire de Helferich de résection du genou, par KRUMNOW. (*Thèse de Greifswald.*) — Résection orthopédique du genou, par LORTHIOIR. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 juillet.) — 4 cas de résection tibio-tarsienne, par LORTHIOIR. (*Ibid.*) — Résection tibio-tarsienne avec ablation du calcanéum pour ostéomyélite aiguë, par JENCKES. (*Med. News*, 22 septembre.) — Des résections du pied avec lambeau dorsal, par HEIDENHAIN. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 mai.)

**Respiration.** — Sur la respiration musculaire, par TISSOT. (*Arch. de phys.*, VI, 4.) — Recherches expérimentales sur la respiration de Cheyne Stokes, par STADELMANN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 3 et 4.) — De la respiration artificielle, par BERTHOLD BEER. (*Wiener med. Blätter*, 27.) — Types et méthodes de respiration, par SMITH. (*Medical Record*, 21 juillet.) — Application à l'homme de la respiration artificielle par insufflation, par LABORDE. (*Bull. acad. méd.*, 12 juin.)

**Rétine.** — Sur la distinction ophtalmoscopique du pigment rétinien et du pigment choroïdien et sur la pathogénie de l'héméralopie, par Z. GUAITA. (*Il Morgagni*, janvier, p. 1.) — Plaques pigmentaires congénitales de la rétine, par BATTEN et SPICER. (*Trans. opht. soc. Unit. Kingdom*, XIV, p. 127.) — Rétinite diabétique, par ROCKLIFFE. (*Ibid.*, p. 130.) — Rétinite circinée, par SPICER. (*Ibid.*, p. 132.) — Rétinite pigmentaire compliquée de glaucome, par BELLARMINOFF. (*Arch. of opht.*, XXIII, 3.) — De la chorio-rétinite, par ABADIE. (*Congr. d'opht. Edimbourg.*) — Un cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine; remarques sur le cours des artères de la macula, par KUNN. (*Wiener med. Woch.*, 25 août.) — Blessure grave de l'œil avec décollement de la rétine, par ARMAIGNAC. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 septembre.) — Le traitement du décollement de la rétine, 38 cas, par BULL. (*N.-York med. j.*, 1er septembre.) — Traitement du décollement de la rétine par le massage, par GRADENIGO. (*Atti Instit. Venesto di scienze*, V, série 7.)

**Rhumatisme.** — Rôle des staphylocoques dans l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu, par SACAZE. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.) — Des affinités de la goutte et du rhumatisme, par TYRRELL. (*Medical Record*, 29 septembre.) — Rhumatisme vrai secondaire, infectieux et pyogénique, à localisations presque exclusivement fibreuses, par COLLIN. (*Gaz. des hôp.*, 2 octobre.) — Sur un cas de nodosités cutanées avec migraine concomittante apparaissant à chaque époque menstruelle chez une arthritique, par HOBBS. (*Arch. clin. Bordeaux*, août.) — Sur un cas d'ostéopériostite rhumatismale, par CHATIN. (*Lyon méd.*, 2 septembre.) — Traitement du rhumatisme articulaire aigu par un nouveau composé salicylé, la malakine, par MONTAGNON et DUCHER. (*Loire méd.*, 15 juillet et *broch. Saint-Étienne.*)

**Rougeole.** — Rougeole, symptômes simulant l'empoisonnement par la phéna-

cétine, par Tyler. (*N.-York med. j.*, 1er septembre.) — Rougeole maligne par Wilson. (*Med. News*, 21 juillet.) — Tachycardie aiguë au cours d'une rougeole, par Coulon. (*La méd. infantile*, 15 août.) — L'impétigo et la désinfection bucco-nasale dans la rougeole, par Eloy. (*Journal des Praticiens*, 25, p. 292.)

## S

**Salive.** — Etude des calculs salivaires, par Cantieri. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XII, 7.)

**Sang.** — Des méthodes d'examen du sang, par Biernacki. (*Cent. f. inn. Med.*, 4 août). — Différence entre la constitution du sang veineux et du sang artériel, par Hamburger. (*Arch. f. Physiol.*, 1893, suppl., p. 156.) — Nouvelle méthode pour évaluer la quantité de sang en circulation dans l'organisme, par Thibaut. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 1, p. 112.) — Hématoscopie clinique, par Salle. (*Arch. de méd. mil.*, septembre.) — Les corpuscules rouges du sang ont-ils des mouvements amiboïdes ? par Moser. (*Medical Record*, 11 août.) — De la constitution du sang et de ses relations avec la médecine pratique, par Wythe. (*Journal Americ. med. Ass.*, 28 juillet.) — Sur les corpuscules et le plasma sanguins dans leurs rapports réciproques, par Biernacki. (*Wiener med. Woch.*, 1er septembre.) — Modification de l'hématocrite d'Hedin, par Arnold. (*Med. News*, 29 septembre.) — Des modifications de nombre et de volume que subissent les erythrocytes sous l'influence de l'altitude, par Mercier. (*Arch. de phys.*, VI, 4.) — Physiologie et pathologie de la pression sanguine, par Campbell. (*Lancet*, 23 août.) — Recherches expérimentales sur les rapports entre la valeur respiratoire du sang et la température animale, par Biarnés. (*Thèse de Toulouse.*) — Influence de l'augmentation de la quantité de sang sur le pouvoir hématopoiétique de la moelle osseuse, par Rebustello. (*Arch. per le sc. med.*, XVIII, 3.) — Des variations de la leucocytose, par Goldscheider et Jacob. (*Zeit f. klin. Med.*, XXV, 5 et 6.) — L'action des leucocytes sur les substances étrangères à l'organisme, par Claypole. (*Americ. naturalist*, avril.) — Des méthodes facilitant ou diminuant la coagulabilité du sang et de leur emploi thérapeutique, par Hertig. (*Wiener med. Blätter*, 29.) — Etat du sang dans la diathèse urique, par Neusser. (*Wiener klin. Woch.*, 27 septembre.) — Des propriétés fermentatives du sang et du pus, par Berestnew. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, III, 1.) — Observations expérimentales sur le sang asphyxique, par Ottolenghi. (*Arch. per le sc. med.*, XVII, 4 et *Riforma med.*, 8 mai.) — Etude comparative des effets produits par les propriétés toxiques et par les propriétés coagulatrices du sérum, par Mairet et Bosc. (*Soc. de biol.*, 21 juillet.) — Sur les causes de la toxicité du sérum sanguin, par Mairet et Bosc. (*Ibid.*) — Sur la présence de parasites vivants dans le sang et les tumeurs des cancéreux, par Max Kahane. (*Centralbl. f. Bakt.*, XV, p. 413.) — Valeur thérapeutique des émissions sanguines, par R. v. Jaksch. (*Prager med. Woch.*, 32.)

**Sarcome.** — Sarcome à cellules fusiformes et épithéliome, par Stewart. (*American med. surg. Bulletin*, 1er septembre.) — Fibrome et sarcome, par Zilgien. (*Rev. méd. de l'Est*, 12, p. 358.) — Guérison d'un cas de sarcome

à cellules géantes du tibia par l'arsenic, par SAMTER. (*Deut. med. Woch.*, 13 septembre.)

**Saturnisme.** — Sur l'élimination de l'azote urinaire au cours et dans la convalescence de la colique saturnine, par SURMONT et BRUNELLE. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Sur un mode particulier de saturnisme, intoxication chronique par le chromate de plomb, par BEAUGEOIS. (*Thèse de Lyon.*) — De l'intoxication par le plomb, du syndrome colique saturnine, par HERMAND. (*Thèse de Lille.*) — Paralysie saturnine chez les enfants, 3 cas, par SINKLER. (*Med. News*, 28 juillet.) — Cécité passagère par intoxication saturnine, par LOMBARD. (*Presse méd. belge*, 29 avril.) — Intoxication par le plomb, par FOVEAU DE COURMELLES. (*Bull. Ac. méd.* et *Bulletin méd.*, 12 septembre.) — Le thé origine du saturnisme, par FREEMAN. (*Lancet*, 29 septembre.)

**Scarlatine.** — Pathogénie de la scarlatine, érysipèle à répétition et scarlatine chez le même sujet, par MARTIN. (*Med. News*, 1er septembre.) — Sur la transmission de la scarlatine, par AUG. KOREN. (*Norsk. Magazin*, juillet.) — Sur la transmission de la scarlatine, par P.-H. AASER. (*Ibid.*, septembre.) — Scarlatine et rougeole simultanées, par FERGUSON. (*Brit. med. j.*, 20 octobre.) — Scarlatine pendant la terminaison d'une rougeole, par COULON. (*La méd. infant.*, 15 septembre.) — Etude de la scarlatine dans les altitudes élevées, par HALL et MUNN. (*Journal Americ. med. Ass.*, 28 juillet.) — Scarlatine apyrétique forme Bartels, par VARNALI. (*Rev. mal. de l'enfance*, octobre.) — Traitement de la scarlatine, par COMBY. (*Méd. mod.*, 22 août.)

**Sclérotique.** — Résultats immédiats et tardifs de la suture scléroticale, par FAGE. (*Ann. d'ocul.*, octobre.) — Sclérotomie simple et continue, par WECKER. (*Ibid.*, octobre.)

**Scrofule.** — Le phagédénisme scrofuleux, par FOURNIER. (*Union médicale*, 4 août.)

**Strabisme.** — 6 cas de strabisme monolatéral excessif redressé par le reeulement et l'avancement musculaires, par LAGRANGE. (*Ann. policlin. Bordeaux*, III, 7.) — Astigmatisme et strabisme convergent, par CHEVALLEREAU. (*France méd.*, 11 mai.)

**Sueur.** — Fonction des glandes sudoripares chez l'homme, par UNNA. (*Brit. j. of dermat.*, septembre.) — Dispositif anatomique et mécanisme de l'excrétion des glandes sudoripares, par RENAUT. (*Soc. franç. de dermat.*, 4 août.) — Recherches de physiologie générale basées sur les réactions des glandes sudoripares, par AUBERT. (*Ibid.*, 2 août.) — De la transpiration insensible, par AUBERT. (*Ibid.*, 3 août.)

**Suppuration.** — L'état actuel de la question de la suppuration au point de vue bactériologique, par KURT MÜLLER. (*Centralbl. f. Bakter.*, XV, p. 735 et 804.) — Etude des suppurations par le staphylocoque doré, par LAMARCHIA. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVII, 9 et 10.) — Les causes de la suppuration au point actuel de la science, par JANOWSKI (*Beiträge z. path. Anat.*, XV, p. 128.)

**Surdi-mutité.** — De la surdi-mutité, par LOVE. (*Brit. med. Assoc.*; *Journ. of laryng.*, octobre.) — L'anthropologie de la surdi-mutité, par ROSSI. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XII, 8.) — Notice historique sur l'instruction des sourds-

muets, par CHAPPET. (*Lyon méd.*, 16 septembre.) — Examen des sourds-muets de Northern Counties institution, par ROBERSON. (*Lancet*, 8 septembre.)

**Syphilis.** — Origine de la syphilis dans l'ancienne Amérique, par ASHMEAD. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — Le caractère atténué et la diminution de la syphilis, par MUSSER. (*Med. News*, 11 août.) — La syphilis dans les campagnes, par D. JANDBERG. (*Vratch*, 30 juin.) — Syphilis des innocents, par D. BULKLEY. (In-8° 414 pages, *New-York*.) — Sur les rapports entre l'évolution de la syphilis et les sources de la contagion, par J. HALPERN. (*Gaz. lek.*, juillet.) — Syphilis et irritation, par CRÉPIN. (*Thèse de Lille.*) — Syphilis et allaitement, par MOREL-LAVALLÉE. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 juillet.) — Syphilis par conception, par DUFFIELD. (*Med. News*, 15 septembre.) — De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédo-syphilis, par POUZOL. (*Thèse de Paris.*) — Hérédo-syphilis maligne tardive, par GANZINOTTI et ETIENNE. (*Soc. franç. de dermat.*, 4 août.) — Syphilis héréditaire, par DRON. (*Ibid.*, 3 août.) — Notes sur la syphilis héréditaire. Quelques lésions des os longs, par JULLIEN. (*Journal de clinique infantile*, 12 juillet.) — Hérédo-syphilis maligne ultra-tardive ; rapport des localisations spécifiques avec le traumatisme, par GANZINOTTI et ETIENNE. (*Gaz. hebd. Paris*, 1er septembre.) — Syphiloïde infantile due au pityriasis versicolor, par FOURNIER et SABOURAUD. (*Soc. franç. de dermat*, 12 juillet.) — Un cas de syphilis vaccinale, par HAUSHALTER. (*Rev. méd. de l'Est*, 9, p. 265.) — Syphilides malignes précoces, par BROUSSE. (*N.-Montpellier méd.*, nos 30 et 31, p. 589 et 609.) — Un cas de syphilis maligne, par NEUBERGER. (*Münch. med. Woch.*, 21, p. 412.) — Les affections para-syphilitiques, par GASTOU. (*Gaz. des hôp.*, 6 octobre.) — Gommes cutanées de la face évoluant incomplètement, par LEDERMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 avril.) — Gommes ulcérées de la face interne de la joue et du bord de la langue, par G. LEWIN. (*Ibid.*, 16 avril.) — Des lésions de nature non syphilitique qui peuvent simuler le chancre infectant, par LEGRAND. (*Thèse de Lille.*) — Trois nouveaux cas d'auto-inoculation d'un chancre induré, par S. HOLTH. (*Norsk. Magazin*, mai.) — Cas anormal de syphilis, par CANTRELL. (*Med. News*, 6 octobre.) — Sur quelques cas de syphilis sans chancre initial et sur quelques symptômes prémonitoires de la syphilis, par CORDIER. (*Soc. franç. de dermat.*, 4 août.) — Etude anatomo-pathologique et clinique des artérites cérébrales syphilitiques d'après des observations inédites, par CHARRIER et KLIPPEL. (*Rev. de méd.*, septembre.) — De la périartérite noueuse syphilitique, par BRUCE. (*Edinb. med. j.*, octobre.) — Forme rare d'aortite syphilitique, par JONA. (*Riforma med.*, 20 juillet.) — Syphilis du système nerveux, par BARBOUR. (*Med. News*, 14 juillet.) — Des maladies nerveuses fonctionnelles et de la syphilis, par KOWALEWSKY. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVI, 2.) — De la méningo-myélite syphilitique, par ROMME. (*Gaz. hebd. de Paris*, 17 février.) — Un cas de méningite syphilitique, par VILLANI. (*Riforma med.*, 13 juillet.) — Gomme des tubercules quadrijumeaux, par ILBERG. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVI, 2.) — Paralysies multiples des nerfs crâniens liées à la syphilis, caverne pulmonaire d'origine indéterminée, par MATHIEU. (*Gaz. des hôp.*, 27 septembre.) — Fièvre syphilitique pulmonaire et érythème noueux syphilitique, par DE BEURMANN. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 juillet.) — Syphilis et tuberculose pulmonaire, par POTAIN. (*La médecine moderne*, 3 février.) — De la syphilis pulmonaire et de ses rapports avec la tuberculose, par SAALFELD. (*Thèse de Fribourg.*) — Symptomatologie de la syphilis hépatique, par ULRICH. (*Thèse de Munich.*) — Syphilis viscérale avec pleurésie et entérite tuberculeuses, par JÜRGENS. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 juin.) — Double chancre induré de la lèvre inférieure, rapidement guéri par le dermatol, par OPPENHEIM. — Double chancre induré de la lèvre su-

périeure, par PALMA. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 7.) — Coexistence de deux chancres indurés au mamelon et à la lèvre, par G. LEWIN. (*Ibid.*, p. 5, 180.) — Chancre conjonctival, par DARIER. (*Soc. d'opht. Paris*, 5 février.) — La sclérose auriculaire comme manifestation parasyphilitique dans la syphilis héréditaire tardive, par GRADENIGO. (*Arch. ital. di otol.*, II, 4.) — Syphilis de la parotide et de la glande sublingale, par NEUMANN. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 1.) — Malformation des maxillaires dans la syphilis héréditaire, par JULLIEN. (*Soc. franç. de dermat.*, 3 août.) — 5 cas de chancres digitaux chez des médecins, par JACOBSON. (*Guy's hosp. Rep.*, L, p. 49.) — Ostéite gommeuse due à la syphilis héréditaire chez une jeune fille de 21 ans, par ARNOZAN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 juillet.) — Les alopécies syphilitiques, par THIBIERGE. (*Journal des praticiens*, n° 23, p. 205.) — — La syphilide pigmentaire, par LE DAMANY. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 août.) — Des lésions des ongles dans la syphilis, par BATUT. (*Gaz. hebd. Paris*, 7 avril.) — Tentatives d'atténuation de la syphilis, par PELLIZZARI. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 mai.) — De l'excision du chancre, par KING.( *Med. News*, 25 août.) — Influence du traitement précoce de la syphilis sur le système nerveux, par DEUTSCH. (*Arch. f. Dermat.*, XXVIII, 2 et 3.) — Traitement de la syphilis, par LESSER. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er février.) — Hygiène dans le traitement de la syphilis, par BALZER. (*Gaz. des hôp.*, 26 juillet.) — Sur un point de réglementation de la prostitution autorisée, par DRON. (*Soc. franc. de dermat.*, 4 août.) — La défense contre la syphilis, par BARTHÉLEMY. (*Ibid.*) — Essai d'éclaircissement des principes du traitement de la syphilis par le mercure, par STOUKOVENKOFF. (*Ibid.*) — La traumaticine au calomel dans le traitement de la syphilis, par JULLIEN. (*Ibid.*, 4 août.) — Action du mercure sur la syphilis, par v. WATRASZEWSKI. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 1.) — Traitement de la syphilis par l'huile grise à 50 0/0, par CLAESSEN. (*Therap. Monats.*, octobre.) — De l'emploi du savon mou au calomel en frictions dans le traitement de la syphilis, par MONTIES. (*Mercredi médical*, 10 janvier.) — Les différents modes d'administration du mercure dans la syphilis, par COFFIN. (*Gaz. hebd. Paris*, 27 janvier.) — Balnéation dans le traitement de la syphilis, par MAURIAC. (*Gaz. des hôp.*, 16 octobre.) — L'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, par BALZER. (*Journal des Praticiens*, n° 3, p. 25.) — Valeur relative du mercure et de l'iodure dans le traitement de la syphilis oculaire, par CHIBRET. (*Cong. d'opht. Edimbourg.*)

## T

**Tabac.** — De l'amaurose par le tabac, par HUSEMANN. (*Deut. med. Woch.*, 25 octobre.)

**Teigne.** — Un cas de favus de la tête et du corps, par CANTRELL et STOUT. (*Journ. of cutan. dis.*, septembre.) — Les teignes tondantes, par GILLET. (*Journal des Praticiens*, 16, p. 181.) — De la contagion de la pelade, par HORAND. (*Soc. franç. de dermat.*, 2 août.) — Sur la tricophytie, par SABOURAUD. (*Ibid.*) — Traitement de la tricophytie par la chrysarobine, par DU CASTEL. (*Ibid.*) — Essai de traitement des teignes par l'aldéhyde formique, par POTTEVIN. (*Ibid.*, 12 juillet.) — Traitement du favus par les lotions chaudes, par ZINSSER. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 1.)

**Température.** — Mesure de la chaleur produite par un animal, par Butte. et Deharbe. (*Soc. de biol.*, 20 octobre.) — Etude du sens de la température, par Riley. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.)

**Tendon.** — Sur le mode de régénération des tendons, par Houzé. (*Thèse de Lille.*) — Un cas de luxation complète du tendon du long péronier latéral, par Hestrès. (*Union médicale*, 26 juillet.) — Résultats éloignés d'une opération tardive de ténorraphie par anastomose et suture à distance pratiquée sur les deux fléchisseurs des deux premiers doigts, par Annequin. (*Arch. de méd. milit.*, août.)

**Ténia.** — Remarques sur les ténias nana et flavopunctata, par Lutz. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, p. 61.) — Traitement du ténia, par Ogilvie. (*Lancet*, 4 août.)— Papaïne contre le ténia, par Bartholow. (*Med. News*, 6 octobre.)

**Testicule.** — De la coexistence des kystes épididymo-testiculaires et de l'hydrocèle, par Coubronne. (*Thèse de Lille.*) — Une nouvelle méthode de traitement de l'hydrocèle, par A. Riva. (*Il Morgagni*, janvier, p. 53.) — Traitement chirurgical de l'hydrocèle, par Zancarol. (*Cong. franç. de chir.*, *Bull. méd.*, 24 octobre.) — Contribution à l'étude des enveloppes des bourses ; l'espace scrotal, par J. Vires. (*N. Montpellier méd.*, 33, p. 649.) — La pathogénie de l'hémospermie, par Hugues. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 mars.) — Cryptorchidie double avec hypospadias, par Roussel. (*Loire méd.*, 15 septembre.) — Inflammation chronique des vésicules séminales, par Allen. (*Med. News*, 28 juillet.) — Un cas de castration pour épididymite primaire tuberculeuse chez un homme de 81 ans, par Gibson. (*Medical Record*, 14 juillet.) — Des tumeurs sanguines de l'épididyme, par Mainguy. (*Thèse de Lyon.*) — De l'enchondrome du testicule, par Mohr. (*Beit. z. klin. Chir.*, XII, 2.) — Affection maligne mixte du testicule, par Taylor. (*Journ. of cutan. dis.*, août.)

**Tétanie.** — Caractères des urines dans la tétanie infantile, par Oddo et Sorles. (*La méd. infant.*, 15 septembre.) — Sur la tétanie, par Parsons. (*Dublin Journ. med. sc.*, septembre.)

**Tétanos.** — Comment agit le poison tétanique sur le système nerveux, par Goldscheider. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 1 et 2.) — Etude critique sur le tétanos et recherches expérimentales sur les lésions du foie et des reins dans cette affection, par Boutin. (*Thèse de Toulouse.*) — Du tétanos consécutif aux traumatismes de l'œil et de ses annexes, par Chevalier. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du tétanos, par Le Roy des Barres. (*Bull. Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 15 août.) — Histoire et traitement d'un cas de tétanos traumatique, par Montgomery. (*Medical Record*, 14 juillet.) — Tétanos guéri par l'injection d'antitoxine, par Percy Dean. (*Brit. med. j.*, 15 septembre.) — *Idem*, par Evans. (*Ibid.*)

**Thérapeutique.** — La méthode en thérapeutique, par Huchard. (*Gaz. hebd.*, *Paris*, 21 avril.) — Bases de la thérapeutique, par Pribram. (*Prager med. Woch.*, 12 à 20.) — Les incompatibilités médicamenteuses, par Lautissier. (*Journal des Praticiens*, 3, p. 30.) — La thérapeutique médicale et la bactériologie, par Charrin. (*Semaine méd.*, 22 août.) — Des applications périphériques d'alcaloïdes dans le traitement des maladies aiguës à détermination cutanée, par Guinard et Geley. (*Acad. des sc.*, 6 août.) — Des applications périphériques de certains alcaloïdes ou glycosides, nouveau procédé de régulation de la thermogenèse, nouveau traitement des maladies

aiguës à détermination cutanée, nouvel agent d'anesthésie locale, par Geley. (*Thèse de Lyon.*) — Sur l'action spécifique de la cocaïne et sur son emploi en thérapeutique, par Salo Rosberger. (*Przegl. lek.*, juin.) — Recherches physiologiques et thérapeutiques sur la pseudo-hyoscyamine de Merk, par Guicciardi. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 2.) — Sur l'action de la digitale sur le cœur de l'homme, par S.-L. Erlich. (*Vratch*, 4-11 août.) — De la valeur thérapeutique spéciale du chanvre indien dans certains états morbides, par Mackenzie. (*Semaine méd.*, 5 septembre.) — Sur l'action des feuilles et de l'écorce du Djamboe (Psidium pyroferum), comme styptique et stomachique, par Hugel. (*Münch. med. Woch.*, 29, p. 569.) — Vésication, cantharidine et cantharidate, par Lacomme. (*Thèse de Lyon.*) — Sur la valeur thérapeutique de l'antinervine, par A. Kosinski. (*Medycyna*, mai.) — Des modifications apportées à l'absorption du gaïacol par le mélange de ce médicament avec un excipient, par Stourbe. (*Lyon méd.*, 15 juillet.) — Le chloralose dans l'insomnie des névropathes et des aliénés, par Morselli. (*Boll. Accad. med. Genova*, XVIII, 27.) — Action de l'ozone sur la nutrition élémentaire, par Butte et Peyrou. (*Soc. de biol.*, 21 juillet.) — De l'action thérapeutique de la malakine, par Merkel. (*Münch. med. Woch.*, 17, p. 324.) — De l'emploi thérapeutique de la malakine, par Havez. (*Thèse de Lille.*) — Etude de l'emploi thérapeutique du lysol en médecine interne, par Maass. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LII, p. 446.) — La thérapeutique iodoformique, par E. Luxardo. (*Il Morgagni*, mars.) — Notes thérapeutiques sur le chlorate de soude, par Barrat. (*Arch. de méd. nav.*, août.)

**Thorax.** — Sur les tumeurs du thorax, par Warren. (*Boston med. Journal*, 28 juin.) — Tumeur dermoïde du médiastin antérieur, par Dardignac. (*Rev. de chir.*, septembre.) — Sarcome à cellules rondes du médiastin, métastase étendue au cerveau, aux nerfs optiques, etc., par Meigs et de Schweinitz. (*Americ. j. of med. sc.*, août.)

**Thrombose.** — De la thrombose et de l'embolie, par Debove. (*Ann. de méd.*, 29 août.) — Des lésions intestinales consécutives à la thrombose de la veine porte ou de ses branches d'origine, par Bouchy. (*Thèse de Paris.*)

**Thymus.** — De l'hypertrophie du thymus dans la mort subite des nourrissons, par Romme. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 mai.)

**Thyroïde.** — Thyroïdite suppurée à pneumocoques, par Durante. (*Soc. anat. Paris*, 14 juillet.) — Sur les causes de la mort des animaux thyroïdectomisés, par Rosenblatt. (*Arch. Soc. de biol. St-Pétersbourg*, III, 1.) — Action de la neurine chez les chiens thyroïdectomisés, par Milla. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 2.) — Nouvelles observations sur les effets de la thyroïdectomie chez les chiens, par L. d'Amore, Falcone et Gioffredi. (*Progresso med.*, 5, p. 216.) — Nature, cause et traitement des accès de suffocation brusques des goitreux, par Socin. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er avril.) — Des métastases osseuses avec les tumeurs de la thyroïde, par Middeldorpf. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 3.) — Quelques observations de goitre traités par les injections interstitielles d'iodoforme et d'éther, par Marquet. (*Rev. int. de rhinol.*, IV, 16.) — Du meilleur traitement chirurgical à appliquer aux goitres parenchymateux, colloïdes et kystiques, par Alibert. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur le traitement du goitre par l'électrolyse, par Thomas. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 octobre et *Marseille méd.*, 10, p. 321.) — Remarques sur les opérations du goitre, par Roux. *Cong. franç. chir.*, *Bull. méd.*, 24 octobre.) — La glande thyroïde, ses rapports

avec le myxœdème, par Lanz. (*Samml. klin. Vortraege*, 98.) — Cachexie strumiprive. Amélioration par l'ingestion de glande thyroïde de mouton crue, par Angerer. (*Münch. med. Woch.*, 28, p. 556.) — Effets de l'alimentation thyroïdienne dans quelques types d'aliénation, par Macphail et Bruce. (*Lancet*, 13 octobre.) — Deux cas de folie avec goitre thyroïdien, par Mc Claughry. (*Journ. of mental. sc.*, octobre.) — L'alimentation thyroïdienne dans les maladies de la peau, par Jackson. (*Journ. of cutan. dis.*, octobre.) — Sur le diagnostic du goitre exophtalmique crises gastralgiques simulant des coliques hépatiques, par Deléage (*France méd.*, 8 juin.). — Etiologie du goitre exophtalmique, par Newman. (*Lancet*, 11 août.) — La maladie de Basedow et la glande thyroïde, par Eulenburg. (*Deut. med. Woch.*, 4 octobre.) — Contribution à la pathologie de la maladie de Basedow, par Reinhold. (*Münch. med. Woch.*, 23, p. 449.) — Sur un cas de mort par exothyropexie pour un goitre exophtalmique, par Brissaud. (*Méd. moderne*, 24 février.) — Le traitement du goitre exophtalmique par l'exothyropexie, par Jaboulay. (*Ibid.*, 3 mars.) — Traitement faradique du goitre exophtalmique, par Bordier. (*Arch d'élect. méd.*, 15 octobre.)—Théorie thyroïdienne de la maladie de Graves, 2 cas traités par la thyroïdectomie, par Booth. (*Journ. of nerv. dis.*, août.)

**Torticolis.** — Du torticolis par rétraction musculaire permanente. Torticolis obstétrical, par Rémy. (*Journ. de clin. infant.*, 28 juin.) — Torticolis et lumbago d'origine articulaire et rhumatismale, par Robin et Londe. (*Rev. de méd.*, octobre.)

**Trachée.** — Des tumeurs de la trachée, par Scheuer. (*Inaug. Diss. Munich*, 1893.) — Sur les gommes syphilitiques de la trachée, par Parrain. (*Thèse de Bordeaux.*) — Trachéotomies à North Western hospital, 161 cas, 64 guérisons, par Gayton. (*Lancet*, 11 août.) — De la suture du larynx après la trachéotomie, par Krasnobaiew. (*Chir. leitop.*, IV, 1.) — Trachéotomie ou tubage, par Semeria. (*Boll. mal. dell'orecchio*, XII, 9.)

**Transfusion.** — Les transfusions hypodermiques de sérum artificiel, par Rodriguez y Abaytua. (*Rev. de med. y cir. prat.* et broch. *Madrid.*)

**Tremblement.** — Nouvelle méthode graphique permettant d'enregistrer tous les tremblements, en particulier le tremblement de la langue, de l'orbiculaire des lèvres, etc., par La Filliatre. (*Arch. de neurol.*, septembre.) — Le tremblement, étude de pathologie et de séméiotique, par Pieraccini. (*Collez. ital. di lett. sulla med.*, série VII, 4.)

**Tuberculose.** — Physiologie de la nutrition du bacille tuberculeux, par Proskauer et Beck. (*Zeit. f. Hyg.*, XVIII, 1.) — Nouvelle méthode de recherche du bacille tuberculeux dans les crachats des phtisiques, par K. Ilkewitsch. (*Cent. f. Bakter.*, XV, p. 162.) — La cause (bacillaire?) de la tuberculose, par Middendorp. (*France méd.*, 23 février.) — De la tuberculose aspergillaire, par Kotliar. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 7.) — Un cas de pseudo-tuberculose aspergillaire simple chez un gaveur de pigeons, par Sergent. (*Soc. anat. de Paris*, 13 juillet.) — Ce qu'on fait des crachats tuberculeux dans les hôpitaux de phtisiques en Angleterre, par E. Vallin. (*Rev. d'hyg.*, janvier.) — De l'usage de la tuberculine chez les vaches, par Hance. (*Medical Record*, 21 juillet.) — De la tuberculine chez les bestiaux, par Osgood. (*Boston med. Journal*, 19 juillet.) — De la tuberculose dans les maladies mentales, par Channing. (*Ibid.*, 19 juillet.) — De la valeur du

troisième corpuscule sanguin dans la tuberculose, par WATKINS. (*Medical Record*, 14 juillet.) — Tuberculose miliaire aiguë simulant la fièvre typhoïde, par P.-J. de BRUÏRE. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 mars.) — Des rapports de la tuberculose et de la fièvre typhoïde, par DODERO. (*Thèse de Lyon.*) — Rareté comparative de la tuberculose pulmonaire dans les hautes régions de la Pensylvanie et des comtés adjacents, par HUISDALE. (*Med. News*, 4 août.) — Les voies d'infection dans la tuberculose, par WOODHEAD. (*Lancet*, 27 octobre.) — Contribution à l'étude de la prédisposition de l'organisme humain à la phtisie, par GABRYLOWICZ. (*Wiener med. Woch.*, 22 septembre.) — Nouveau signe de tuberculose fibreuse, par BOULLAND. (*Limousin méd.*, août.) — Complications multiples dans un cas de phtisie. Infection secondaire à staphylocoques, par HAUSHALTER et DE LANGENHAGEN. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 juillet.) — De quelques phénomènes vaso-moteurs chez les tuberculeux pulmonaires, cyanose, cryasthésie, doigt mort, par CAZIOT. (*Thèse de Lyon.*) — Phlébite précoce chez les tuberculeux, par HIRTZ. (*Mercredi médical*, 13 juin.) — Tuberculose précoce de la cavité buccale, par HELLER. — Transformation tuberculeuse des ulcérations syphilitiques de la cavité buccale, par G. LEWIN. — Aphthes pris pour lésions syphilitiques ou pour stomatite mercurielle, par ISAAC. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 février.) — Sur la tuberculose des gencives, par A. JARUNTOWSKI. (*Now. lek.*, mai.) — De la tuberculose cutanée et spécialement de la tuberculose verruqueuse, par BATUT. (*Midi méd.*, 7 octobre.) — Hospitalisation des tuberculeux, par A. MAYOR. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 216.) — De l'isolement des phtisiques, par JENKINS. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 sept.) — Combat contre la tuberculose, par DAVISSON. (*Ibid.*, 25 août.) — Tuberculose et prophylaxie, par ANDERSON. (*Ibid.*, 25 août.) — Où envoyer les phtisiques dans le sud de la Californie, par DUKEMAN. (*N.-York med. j.*, 6 octobre.) — Traitement diététique et hygiénique de la phtisie, par Mc GILLICUDDY. (*Ibid.*, 6 octobre.) — Traitement de la phtisie, par SABINE. (*Boston med. Journ.*, 19 juillet.) — Traitement climatérique de la tuberculose pulmonaire, par OTIS. (*Ibid.*, 19 juillet.) — Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire dans les sanitaria, par HEINZELMANN. (*Wiener med. Presse*, 22 juillet.) — Le climat du Colorado pour les tuberculeux, par MUNN. (*Med. News*, 18 août.) — Nouvelle méthode de traitement de la tuberculose, par CARASSO. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, p. 6.) — Le traitement médicamenteux de la phtisie, par COLEY. (*Practitioner*, octobre.) — Méthodes et valeur de l'exercice surveillé dans la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire, par BUTTER. (*N.-York med. j.*, 20 octobre.) — Résultats obtenus par un nouveau traitement local de la tuberculose pulmonaire, par MUND. (*Ibid.*) — Effets de la créosote sur la virulence du bacille tuberculeux, par FYFFE. (*Lancet*, 22 septembre et *Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Créosote dans le traitement de la tuberculose rectale et de quelques autres affections il y a 50 ans, par BODENHAMER. (*N.-York med. j.*, 20 octobre.) — Des injections hypodermiques de gaïacol à doses élevées et progressives dans la tuberculose pulmonaire, par OBLETTE. (*Thèse de Lyon.*) — Injections d'albuminoïde chlorurée, calcique, magnésienne, phosphorée, sodique, dans la tuberculose pulmonaire, par GAUBE. (*Bull. méd.*, 11 juillet.) — De l'action antituberculeuse de l'iodoforme et des formes de la tuberculose expérimentale provoquée par l'inoculation de bacilles de virulence artificiellement atténuée, par G. TROJE et F. TANGL. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 4, p. 171.) — L'iodoforme dans la tuberculose pulmonaire, par FOXWELL. (*Birmingham med. review*, juillet.) — Résultats des expériences sur le traitement de la tuberculose oculaire par la tuberculine et l'inoculation antituberculeuse, par TRUDEAU. (*Med. News*, 29 septembre.) — Traitement des tuberculoses chirurgicales par l'eau bouillante, par BAUBY. (*Midi méd.*, 7 octobre et *Arch. prov. chir.*, III, 9 )

**Tumeur.** — Sur la récidive de certaines tumeurs réputées bénignes, par Berger. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 408.) — Les tumeurs de la nature des bourgeons charnus avec des cellules géantes, par P. Manasse. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXVI, 2.)

**Typhoïde.** — L'épidémie de fièvre typhoïde de 1891 dans le cercle de Niederberneim, par Schaefer. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 mars.) — Compte rendu d'une épidémie de fièvre typhoïde dans la vallée de la Tees en 1890-1891, par Barry. (*XXI Annual Report of the local Government Board.*) — L'épidémie de fièvre typhoïde à Paris et l'eau de la Vanne, par E. Vallin. (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 284.) — Quelques mots sur l'épidémie typhoïdique actuelle de Paris, par L. Thoinot. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.) — Rapport du médecin en chef sur les cas de fièvre typhoïde survenus pendant les manœuvres suisses de 1893, par Ziegler. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — Double épidémie de fièvre typhoïde à Fünfkirchen (1890-1891) par eau potable, par Lœwy. (*Klin. Zeit. und Streitf.*, VII.) — L'épidémie de fièvre typhoïde de Bel-Abbès en 1893, par Heuyer. (*Arch. de méd. milit.*, sept.) — La fièvre typhoïde en Suède, histoire, géographie et statistique, par Ernst Bolin. (*Thèse de Stockholm*, 1893.) — Rapport au Conseil d'hygiène de Bohême sur l'épidémie de fièvre typhoïde de Prague. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 11, p. 491.) — L'épidémie de fièvre typhoïde de Lemberg en 1893 d'après les rapports transmis au département sanitaire du ministère de l'intérieur. (*Ibid.*, IV, 11, p. 492.) — Quelques observations sur une épidémie de fièvre typhoïde, par Clark. (*Amer. med. Surg. Bull.*, 1er juin.) — De la fièvre typhoïde, revue générale, par Rœther. (*Schmidt's Jahrbücher*, 10.) — L'étiologie de la fièvre typhoïde, par Klein. (*Brit. med. j.*, 13 octobre.) — Fièvre typhoïde et eau potable, par Esquer. (*Thèse de Toulouse.*) — Etiologie de la fièvre typhoïde bilieuse, par Schiess-Bey et Bitter. (*Deut. med. Woch.*, 23 août.) — L'eau de la Néva comme cause de la fièvre typhoïde à Saint-Pétersbourg, par Enko. (*Vratch*, 28 avril.) — Etude statistique sur quelques symptômes de la fièvre typhoïde, par Bekis. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Des maladies avec lesquelles on peut confondre la fièvre typhoïde, par Potain. (*Médecine moderne*, 14 avril.) — Fièvre typhoïde avec hypothermie extrême, 31 degrés, enfant mort, par Raimondi. (*Gaz. des hôp.*, 20 septembre.) — Sur les récidives dans le typhus abdominal, par Zenetz. (*Wiener med. Woch.*, 1er septembre.) — Le pouls et le cœur dans la fièvre typhoïde, par Chantemesse. (*Journal des Praticiens*, 2, p. 13.) — Sur les complications cardiaques de la fièvre typhoïde, par Huchard. *Ibid.*, 12, p. 134.) — De l'aortite typhique, par Potain. (*Semaine méd.*, 17 octobre.) — Complications cardiaques de la fièvre typhoïde, par Siredey. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 juillet.) — Disparition du premier bruit cardiaque à la base, et pronostic de la fièvre typhoïde, par Galliard. (*Ibid.*, 15 juin.) — La fièvre typhoïde et les érythèmes infectieux secondaires, par Galliard. (*Semaine méd.*, 10 octobre.) — Sur un cas de fièvre typhoïde compliquée de parotidite double et suivie de lithiase biliaire, par Gilbert et Fournier. (*Soc. de biol.*, 21 juillet.) — Les abcès musculaires dans la fièvre typhoïde, par Someil. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de la fièvre typhoïde, par Fisk. (*Med. News*, 14 juillet.) — Un cas de noma dans une fièvre typhoïde, par Bewley. (*Dublin Journ. of med. sc.*, 1er août.) — Des lésions osseuses dans une fièvre typhoïde, par Klemm. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII, 4.) — Abcès froids osseux typhoïdiques, par Dardignac. *Gaz. hebd. Paris*, 28 juillet.) — Des méthodes de traitement de la fièvre typhoïde, par Wilmans. (*Münch. med. Woch.*, 8.) — Quelques points du traitement de la fièvre typhoïde, par Broadbent (*Lancet*, 25 août.) — Exposé du traitement de 135 cas de fièvre typhoïde, 14 morts, par Kirchberg. (*Gaz. des*

*hôp.*, 11 septembre et *Gaz. méd. Nantes*, 12 août.) — Le tannate de quinine dans les rechutes de fièvre typhoïde, par Kuhn. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Sur une méthode facile d'administrer les bains dans la fièvre typhoïde, par Noyes. (*Medical Record*, 14 juillet.) — Lotions et bains dans la typhoïde, par Cabot. (*Boston med. Journ.*, 20 septembre.)

**Typhus.** — Etiologie du typhus, par Netter. (*Ann. de méd.*, 18 octobre.) — Notes sur l'épidémie de typhus de 1893 au point de vue du diagnostic avec la fièvre typhoïde, par Hubert. (*Gaz. méd. de Picardie*, juin.) — Le typhus exanthématique à Lille, 1893, histoire, caractéristique, épidémiologique, par Marivint. (*Thèse de Lille.*) — Typhus sans taches, par E. Biernacki. (*Gaz. lek.*, mai.) — Nouveau cas de typhus exanthématique suivi de mort, par Comby. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 juin.) — Typhus exanthématique, mort, autopsie ; examen microbiologique, par Brunon et Lerefait. (*Normandie méd.*, 15 août.) — Typhus exanthématique, par Verdalle. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 juillet.) — Traitement du typhus par les bains froids, par Compagnion. (*Thèse de Lille.*)

## U

**Ulcère.** — Deux cas d'ulcère perforant du pied, bibliographie très complète, par Jelliffe. (*N.-York med. j.*, 13 octobre.)

**Urémie.** — Etude clinique et expérimentale de l'urémie, par Hughes et Carter. (*Americ. j. of med. sc.*, août.)

**Urètre.** — L'examen de l'urètre et de la vessie chez la femme, par Brewis. (*Edinb. med. j.*, septembre.) — Nouvelle méthode d'urétroscopie, par Lohnstein. (*Deut. med. Woch.*, 16 août.) — Des limites et de la valeur de l'urétroscopie, par Casper (*Ann. mal. org. gén. urin.*, septembre.) — Rétrécissement de l'urètre, cystite chronique, calculs, divulsion et lithotritie, par Morelli. (*Riv. clin. e terap.*, août.) — Du rétrécissement organique de l'urètre, par Horwitz. (*Med. News*, 8 septembre.) — Traitement des rétrécissements de l'urètre, par Rosenstein. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 juillet.) — Urétrotomie externe périnéale, 9 cas, par Rogers. (*Med. News*, 29 septembre.) — Possibilité de franchir les rétrécissements de l'urètre profond sans l'urétrotomie externe, par White. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — Du cathétérisme rétrograde d'emblée par la taille hypogastrique dans les rétrécissements infranchissables de l'urètre, par Lartigue. (*Thèse de Toulouse.*) — De la résection des rétrécissements de l'urètre périnéal suivie de l'urétroplastie immédiate, par H. Villard. (*N.-Montpellier méd.*, 4, suppl., p. 331.) — Rétrécissement de l'urètre guéri par l'électrolyse linéaire depuis deux ans et demi, par Fort. (*France méd.*, 27 avril.) — Rétrécissements rebelles de l'urètre traités par l'électrolyse, par Lavaux. (*Cong. franç. de chir.* et *Bull. méd.*, 24 octobre.) — Traitement des defectuosités de l'urètre par la transplantation de la muqueuse, par Sapiejko. (*Ann. mal. des org. gén. urin.*, août.) — De la cystotomie sus-pubienne dans certains cas de fistules urétrales rebelles, par Loumeau. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 août.) — Moyen de faciliter la miction chez les malades porteurs d'un urètre sus-pubien artificiel, par Lydston. (*Journ. of*

*cutan. dis.*, août.) — Expulsion spontanée de calculs volumineux par l'urètre chez une femme de 59 ans, par Castueil. (*Marseille médical*, 10, p. 305.)

**Urinaires (Voies).** — Des symptômes urinaires pour le diagnostic des maladies nerveuses, par Decoudier. (*Thèse de Toulouse.*) — Action de la spermine dans les autointoxications, en particulier dans les intoxications urinaires, par Poehl. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 1 et 2.) — Cas de rétention d'urine, par Watson. (*Boston med. Journ.*, 16 août.) — Troubles digestifs dans la rétention d'urine chronique, par Alapy. (*Wiener klinik*, septembre.) — Revue des divers traitements proposés contre l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants, par Lapasset. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du traitement local de l'incontinence nocturne d'urine, par Hanc. (*Wiener med. Blaetter*, 24 et 25.) — Des fistules urinaires, par Verhoogen. (*La policl., Bruxelles*, 1er septembre.) — De la balnéothérapie dans les maladies des organes urinaires, par Wehner. (*Münch. med. Woch.*, 29, p. 572.)

**Urine.** — Séméiologie de l'urine, par Charrin. (*Ann. de méd.*, 25 juillet.) — Sur les variations physiologiques de la toxicité urinaire, par Lapicque et Marette. (*Soc. de biol.*, 21 juillet.) — Trichomonas vaginales dans l'urine fraîche, par Miura. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, p. 67.) — *Idem*, par Marchand. (*Ibid.*, p. 674.) — De la persistance de l'albumine dans les urines après la guérison des néphrites épithéliales aiguës, par Bard. (*Lyon méd.*, 15 juill.) — Des amibes dans l'urine, par Posner. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 juillet 1893.) — Dosage du chlore dans l'urine et dans les matières d'origine organique, par Meillère. (*Répert. de pharm.*, juin.) — Dosage rapide des composés xantho-uriques de l'urine, par Dénigès. (*Arch. clin. de Bordeaux*, 1er mars.) — Uréomètre à mercure simplifié, par Paul Binet. (*Rev. méd. Suisse romane*, XIV, 175.) — Sur l'uricédine, par Meisels. (*Wiener med. Woch.* 22 septembre.) — Sur les dosages de glucose par les liqueurs cupro-alcalins, par Gaud. (*Acad. des sc.*, 15 octobre.)

**Urticaire.** — Urticaire avec glycosurie, par Billstein. (*Med. News*, 15 septembre.) — Des différentes variétés cliniques d'urticaire, par Dauchez. (*Journ. des Praticiens*, 15, p. 170.)

**Utérus.** — Sur le ganglion de l'utérus, par Robinson. (*Medical Record*, 29 septembre.) — Sur la position normale de l'utérus, par Testut. (*Soc. anat. Paris*, 29 juin.) — Utérus et vagin doubles, par Schuhl. (*Ann. de gynéc.*, octobre.) — Utérus à col double, corps unique ; atrésie d'un des cols, par Merttens. (*Cent. f. Gynaek.*, 13 octobre.) — Utérus didelphe, hématométrie et hématosalpingite du côté gauche, opération, par Loehlein. (*Ibid.*, 13 octobre.) — Un cas d'utérus double avec bride vaginale verticale, par Roux. (*Loire méd.*, 15 septembre.) — Des dangers des injections faites dans l'utérus dans le but de provoquer le travail prématuré, par Embden. (*Medical Record*, 28 juillet.) — Causes de l'utérus gravide en bisac, par Croom. (*Edinb. med. j.*, octobre.) — Sur un cas de rigidité syphilitique du col utérin, par Schmidt. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 septembre.)—Les relations de l'hystérie avec les troubles de l'utérus et des annexes, par Clarke. (*Americ. j. of obst.*, octobre.) — Sur les névralgies à distance dans les affections utérines, par Villain. (*Thèse de Paris.*) — Pathologie de la muqueuse, par Van Tussenbrock et Mendes de Leon. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 3.) — Présence de protozoaires dans l'endométrite chronique glandulaire, par Rossi Doria. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 1.) — Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations péri-utérines, par Hartmann

et Morax. (*Ann. de gynéc.*, juillet et *Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 456.) — Etiologie de la paramétrite, par Swiecicki. (*Münch. med. Woch.*, 7.) — De l'hématocèle rétro et péri-utérine, par Oberer. (*Thèse de Bâle.*) — Sur les affections pelviennes et abdominales chez la femme, par Cordier. (*Medical Record*, 6 octobre.) — Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite et du traitement qui leur convient, par Condamin. (*Arch. prov. de chir.*, III, 8.) — Cinq cas de pyosalpingite, par Smith. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Infarctus hémorragique de la trompe, par Russell. (*Ibid.*, août.)—Des infarctus hémorragiques de l'utérus, par Popoff. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 1.)—La chirurgie conservatrice des organes pelviens de la femme, par Polk. (*Journ. de méd. Paris*, 28 octobre.)—Cathétérisme des trompes de Fallope, par Eliot. (*Americ. j. of obst.*, octobre.) — *Idem*, par Carr. (*Ibid.*) — De la distension vaginale dans le traitement de la salpingo-ovarite, par Auvard. (*Méd. mod.*, 18 avril.) — Contribution au traitement de l'endométrite au moyen du crayon de chlorure de zinc, par Rueder. (*Münch. med. Woch.*, 9, p. 165.) — Des cautérisations utérines avec le chlorure de zinc, par Kochenburger. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 mars.) — Du traitement de l'hématocèle rétro-utérine, par Wallaert. (*Thèse de Lille.*) — Traitement de la paramétrite suppurée, par Veit. (*Zeit. f. Geburts.*, XXX, 2, p. 552.) — Traitement des suppurations pelviennes, par Landau. (*Ibid.*, p. 558.) — Sur 2 cas de salpingo-ovarites chroniques traités et guéris par le tamponnement vaginal à la glycérine, par d'Hotman de Villiers. (*Arch. de tocol.*, août.) — Curage et perforation utérine, par Auvard. (*Ibid.*, août et *Méd. mod.*, 19 septembre.) — Utérus perforé pendant un curetage et enlevé immédiatement, par Cerné. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Un cas de perforation de l'utérus dans le curetage, par Alberti. (*Cent. f. Gynaek.*, 29 septembre.) — Rupture de l'utérus, traitement palliatif, par Green. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — *Idem*, par Mc Lean. (*Ibid.*) — Du traitement des ruptures utérines, par Johannovski. (*Prager med. Woch.*, 28.) — Extirpation de l'utérus dans les maladies des annexes, par Baldy. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Traitement des grosses salpingites haut situées par l'hystérectomie vagino-abdominale fermée, par Chaput. (*Ann. de gynéc.*, juillet.)—De la castration abdominale totale dans les affections septiques de l'utérus et des annexes, par Delagénière. (*Cong. franç. chir.* et *Bull. méd.*, 21 octobre.) — Hystérectomie abdominale secondaire à une laparotomie pour lésion des annexes, par Schwartz. (*Ibid.*) — De l'ablation des annexes par la voie vaginale dans la salpingo-ovarite enkystée, par Condamin. (*Lyon méd.*, 8 juillet.) — De l'hystérectomie vaginale dans les lésions inflammatoires des annexes, par Lafourcade. (*Arch. prov. de chir.*, III, 10. — Salpingo-ovarite suppurée, anus contre nature, entérorraphie, par Gangolphe et Rochet. (*Lyon méd.*, 16 septembre.) — De l'hystérectomie vaginale comme traitement des grandes névralgies pelviennes, par Gaudier. (*Arch. de tocol.*, août.) — Du traitement de l'antéflexion utérine, par Bricage. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement de l'antéflexion par l'hystéropexie, par Laroyenne. (*Cong. de chir. Lyon* et *Bull. méd.*, 21 octobre.) — Du traitement des déviations de l'utérus par l'opération dite d'Alquié-Alexander, par Magnol. (*N. Montpellier méd.*, 36, p. 609.) — De la ventro-fixation dans les extrêmes déplacements antérieurs de l'utérus, par Holmes. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 août.) — Redressement spontané de l'utérus après un déplacement aigu, par H. Vogt. (*Norsk. Magaz.*, juillet.) — Note sur un cas de rétroversion de l'utérus gravide, par Besnier. (*France méd.*, 29 juin.) — Sur deux observations de rétroflexion utérine, utérus à ressort et utérus gravide, par Schwartz. (*Ann. de gynéc.*, octobre.) — Des rétro-déviations utérines adhérentes et de leur traitement, par Foix. (*Thèse de Bordeaux.*) — Nouvelle méthode de

traitement de la rétroflexion utérine, par Czempin. (*Zeit. f. Geburts.*, XXX, 2, p. 522.) — De la ventro-fixation de l'utérus, par Flaischlen. (*Ibid.*, p. 525.) — Résultats du traitement par le pessaire du déplacement de l'utérus en arrière, par Davenport. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Sur le traitement des rétroflexions utérines et en particulier de la méthode de Duhrssen, par Fraisse. (*Ann. de méd.*, 1er août.) — Traitement des rétro-déviations utérines douloureuses, par Dubourg. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 juillet.) — 207 cas de traitement de rétroflexion utérine, par Duehrssen. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 2.) — Traitement des rétroversions de l'utérus, par Labusquière. (*Ann. de gynéc.*, octobre.) — Du traitement des rétro-déviations de l'utérus, par Le Dentu. (*Bull. méd.*, 29 août.) — Fixation sus-pubienne de l'utérus dans certains cas de rétroversion et de prolapsus, par Keith. (*Lancet*, 22 septembre.) — De la fixation du vagin avec luxation des organes génitaux hors de la vulve, par Westphal. (*Cent. f. Gynaek.*, 6 octobre.) — Prolapsus utérin et vaginal chez une jeune fille de 17 ans, multipare et vierge, par Liebmann. (*Ibid.*, 13 octobre.) — De l'opération de Freund pour le prolapsus, par E. Frank. (*Prager med. Woch.*, 18.) — De la supériorité des opérations sur le vagin, d'une nouvelle opération pour le prolapsus utérin, par Bordier. (*Thèse de Bordeaux.*) — Inversion complète de l'utérus après l'accouchement, par Vallois. (*Arch. de tocol.*, oct.) — Hystérectomie vaginale pour inversion utérine irréductible, par Legueu. (*Soc. anat. Paris*, 8 juin.) — Allongements hypertrophiques du col de l'utérus et rétention d'urine, par Delbet. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 avril.) — Troubles nerveux après une opération obstétricale, par Choteau. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Indications et manuel opératoire de l'hystérectomie, par Rouffart. (*Journal des Praticiens*, 5, p. 49.) — Statistique d'hystérectomies, par Vuillet. (*Cong. franç. chir.* et *Bull. méd.*, 21 octobre.) — Hystérectomie abdominale, par Gentilhomme. (*Thèse de Paris.*) — De la gastro-hystérorraphie sans ouverture de la cavité abdominale, par Baum. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 août.) — De la vagino-fixation, par Winter. (*Zeit. f. Geburts.*, XXX, 2, p. 510.) — De l'extirpation totale par le vagin avec suture périnéale, par Buecheler. (*Ibid.*, XXX, 2.) — Kyste du ligament large et du canal de Gaertner, par Pilliet et Souligoux. (*Soc. anat. Paris*, 1er juin.) — Complication post-opératoire de l'hystérectomie vaginale totale, polype muqueux de la trompe utérine, par Pasteau. (*Ann. de gynéc.*, octobre.) — Tumeurs rétro-péritonéales et intraligamenteuses de l'utérus et des annexes, par Wathen. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Traitement des polypes myomateux, par Wiercinsky. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Nature et traitement des fibromes de l'utérus, par Regnier. (*Nouv. Archiv. d'obst.*, juillet.) — Des fibromes pseudo-pédiculés, par Lequette. (*Thèse de Lille.*) — Volumineux fibrome sous-muqueux de l'utérus, par Auvray. (*Soc. anat. Paris*, 1er juillet.) — Corps fibreux du col de l'utérus, par Auvray et Pilliet. (*Ibid.*) — Fibrome énorme observé pendant la grossesse et l'accouchement, par Remy. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Fibromyome utérin, par Faguet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 juillet.) — Influence des fibromes utérins sur la conception, la grossesse et l'accouchement, par Hofmeier. (*Zeit. f. Geburts.*, XXX, 1.) — Myome utérin compliqué de grossesse et de torsion de l'utérus, avortement spontané, hystérotomie, guérison, par Bourcart. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Sur l'évolution sarcomateuse des fibromes utérins, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 21 juillet.) — Fibro-myome de la trompe utérine, par Pilliet. (*Ibid.*) — De l'anatomie pathologique des fibromes de l'utérus et de ses annexes, par Pilliet et Costes. (*Soc. de biol.*, 20 octobre.) — Nature et traitement des hémorragies liées aux fibromes de l'utérus, par Regnier. (*Progrès médical*, 9 juin.) — Phénomènes d'ergotisme consécutif à des injections hypodermiques dans

un cas de fibrome utérin, guérison de la tumeur, par P. Chatin et Collet. (*Bull. de thérap.*, 30 octobre.)—Fibromes traités par le crayon de chlorure de zinc, par Levrat. (*Cong. franç. chir.* et *Bull. méd.*, 21 octobre.)—Traitement opératoire des tumeurs fibreuses de l'utérus, par Martin. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 août.) — Ablation totale des grosses tumeurs de l'utérus, par Delaunay. (*Cong. franç. chir.* et *Bull. méd.*, 21 octobre.) — Traitement électrique des fibromes utérins, par Haultain. (*Edinb. med. j.*, août.) — Torsion d'un myome sous-séreux, myomotomie, guérison, par v. Holst. (*Cent. f. Gynaek.*, 6 octobre.) — Fibro-myome utérin enlevé par morcellement, par Girard. (*Dauphiné méd.*, 1er juin.) — Fibrome utérin avec salpingite compliquée ; hystérectomie ; guérison, par Rouffart. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 juillet.) — Extirpation totale de l'utérus pour fibrome au cours d'une grossesse, par Smith. (*Americ. j. of obst.*, septembre.) — Du traitement du moignon dans la myomo-hystérectomie, par Brennecke. (*Cent. f. Gynaek.*, 28 juillet.) — Le traitement du moignon dans la myomo-hystérectomie, par Zweifel. (*Ibid.*, 1er septembre.) — Du traitement du moignon dans la myomo-hystérectomie, par Brennecke. (*Ibid.*, 20 octobre.) — Contribution au diagnostic et au traitement du cancer utérin, par G. Calderini. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 avril.) — Une forme nouvelle du cancer utérin, par Condamin. (*Cong. franç. chir.* et *Bull. méd.*, 21 octobre.) — Cancer utérin, gangrène sèche des deux membres inférieurs, thrombose artérielle des iliaques ayant eu pour origine une compression de l'artère hypogastrique droite par une grosse adénopathie cancéreuse, par Chapuis. (*Lyon méd.*, 19 août.) — Sur l'anatomie pathologique des néoplasmes primitifs du tissu cellulaire paramétral et des transformations causées par eux dans l'utérus et ses annexes, par Brandt. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 septembre.) — Sur les tumeurs malignes de l'utérus, par Trowbridge. (*Boston med. Journ.*, 23 août.) — Observations de déciduome malin, par Jeannel. (*Cong. franç. Chir.* et *Bull. méd.*, 21 octobre.) — Du déciduo-sarcome utérin, par Menge. (*Zeit. f. Geburts.*, XXX, 2.) — Un cas de déciduo-sarcome utérin à cellules géantes, par Klein. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 2.)—Cancer de l'utérus amélioré par l'emploi du chlorate de soude, par Boucher. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Du traitement du cancer de l'utérus en dehors de la grossesse, par Montaigne. (*Thèse de Lille.*) — Nouveaux faits à l'actif des opérations partielles dans le traitement du cancer du col, par E. Monod. (*Ann. policl. Bordeaux*, mars, et *Arch. de tocol.*, octobre.) — Epithélioma primitif de la trompe de Fallope simulant une hématocèle rétro-utérine, ablation par laparotomie, guérison, par Tuffier. (*Ann. de gynéc.*, septembre.) — De la laparotomie dans le cancer utérin, par Winter. (*Zeit. f. Geburts.*, XXX, 2, p. 510.) — Traitement du cancer de l'utérus gravide, par Hernandez. (*Ann. de gynéc.*, août.) — Traitement du cancer utérin dans la grossesse et les suites de couches, par Theilhaber. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVII, 1.)

## V

**Vaccin.** — Sur la durée de l'immunité vaccinale aux divers âges, par Gemy. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 10 juillet.) — Deux cas de horse-pox spontané, par Layet. (*Bull. méd.*, 12 juin.) — Préparation de la lymphe aseptique et utilité des revaccinations répétées, par Layet. (*Ibid.*) — Méthodes diffé-

rentes de production et de culture de la lymphe vaccinale, par Abbott. (*Boston med. Journ.*, 13 septembre.) — Du pouvoir protectif de la vaccination, par Mc Collom. (*Ibid.*, 6 septembre.)—Technique de la vaccination, par Swift. (*Ibid.*, 13 septembre.) — Des revaccinations, par Hervieux. (*Bull. Acad. méd.*, 31 juillet.) — Vaccination et revaccination, par Hunt. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 août.)—De la durée de l'imprégnation vaccinale et des causes d'insuccès dans les revaccinations, par Dauchez. (*France méd.*, 13 avril.) — Vaccine ulcéreuse, pustules simulant des chancres infectants, vaccin d'origine animale, par Morel-Lavallée. (*Gaz. des hôp.*, 30 août.) — L'état actuel de la question de l'immunité, par Metchnikoff. (*Ann. Inst. Pasteur*, XIII, 10.) — Des tentatives d'immunisation au moyen d'agents pharmacologiques, par Hildebrandt. (*Münch. med. Woch.*, 5, p. 283.)

**Vagin.** — Des cloisonnements du vagin d'origine congénitale, par Choteau. (*Thèse de Lille.*) — Vagin cloisonné avec utérus bifide, par Chapuis. (*Lyon méd.*, 16 septembre.) — Des vaginites, par Keffer. (*Journal des Praticiens*, 20, p. 339.) — Gangrène du vagin par application de perchlorure de fer, par Nammack. (*N.-York med. j.*, 25 août.) — Prolapsus génital total; colpostricture, par Jacobs. (*La policl. Bruxelles*, 15 août.) — Hématome vulvo-vaginal postpartum, par Goldberg. (*Cent. f. Gynaek.*, 28 juillet.) — Observation de fibrome juxta-urétral du vagin, par Condamin. (*Arch. prov. de chir.*, III, 9.) — Deux cas d'épithélioma primitif du vagin, par Oliver. (*Lancet*, 4 août.)

**Varicelle.** — De la varicelle, par Cassel. (*Arch. f. Kinderh.*, XVII, 5 et 6.)— Des arthrites de la varicelle, par Braquehaye et de Rouville. (*Bull. méd.*, 30 septembre.)

**Variole.** — La variole à Limoges, par Boulland. (*Limousin méd.*, septembre.) — Epidémie de variole à Francfort et aux environs, par Grandhomme. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, VII, 365.) — Observations sur deux cas de variole recueillis à Saïgon, par Dubois. (*Arch. de méd. nav.*, juillet.) — Cas erratique de variole, par Barton. (*N.-York med. j.*, 29 septembre.)— Traitement de la variole par les rayons rouges, par Moir. (*Lancet*, 29 septembre.)

**Veine.** — Sur un affluent cortical des veines de Galien, la veine cunéo-limbique, par Testut. (*Soc. anat. Paris*, 1er juillet.) — Sur un cas de dilatation de la veine jugulaire droite, par Mignon. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 405.) — Nitrate de potasse dans le traitement de la phlegmatia alba, par Hovnanian. (*Med. News*, 28 juillet.) — Le traitement des phlébites des membres, par Vaquez. (*Mercredi méd.*, 28 mars.) — Varices localisées à l'avant-bras et à la main chez un homme de 30 ans, par Ledermann. (*Berl. klin. Woch.*, 16 avril.)—Varice anévrismoïdale irréductible de la saphène interne, par Segond. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 387.) — Etiologie du varicocèle, par Talmey. (*N.-York med. j.*, 14 juillet.) — Traitement des varices par l'excision de la veine saphène interne, par Cotsos. (*Thèse de Lyon.*)

**Vessie.** — Du pouvoir d'absorption de la vessie, par Graebelein. (*Thèse de Halle.*) — Du pouvoir absorbant de la vessie, par Bazy. (*Soc. de biol.*, 28 juillet.)—Imperméabilité de l'epithélium vésical sain à l'égard des médicaments et des poisons, par Boyer et Guinard. (*Répert. de pharm.*, 10 août.) — Sur la présence de trichomonas dans la vessie d'un homme. Remarques sur le trichomonas vaginalis, par F. Marchand. (*Cent. f. Bakt.*, XV,

p. 709.)—Des diverses formes de cystites chez la femme, par Zuckerkandl. (*Wiener med. Presse*, 14 octobre.) — Pathogénie et traitement de la cystocèle inguinale, une observation, par Delagenière. (*Arch. prov. de chir.*, III, 10.) — Cathétérisme rétrograde avec suture de la vessie, par Loumeau. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 septembre.) — Un cas de tuberculose primaire vésicale chez une femme diagnostiqué et traité par la méthode de Kelly, par Burrage. (*Boston med. Journ.*, 26 juillet.) — Taille hypogastrique dans la cystite tuberculeuse, par Bosset. (*Limousin méd.*, septembre.) — Sur une cause rare d'erreur de diagnostic de calcul vésical, par Sorel. (*Normandie méd.*, 15 septembre.) — Calcul vésical ayant pour noyau des cheveux (kyste dermoïde de l'ovaire rompu dans la vessie?), par Borchert. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 mars.) — Cinq cas de calculs vésicaux développés autour de fils d'hystéropexie vaginale, par Samter. (*Ibid.*, 2 avril.) — Incontinence d'urine diurne et nocturne causée par un calcul vésical volumineux chez un jeune soldat, par Vaton. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 3 juin.)— Calcul vésical, choix de l'opération, par Hingston. (*Journ. of cutan. dis.*, octobre.) — 478 calculs extraits d'une vessie sans broiement, par Desnos. (*Journ. des Praticiens*, 11, p. 124.) — Sur un cas difficile de litholapaxie, par Hanc. (*Wiener med. Blaetter*, 21 et 22.) — Modifications de l'opération de Bigelow pour les calculs vésicaux, par Chismore. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — Calcul enkysté de la vessie extrait par la voie sacrée, par Ferria. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, septembre.)—Un cas de cystotomie, par Pousson. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 août.) — Supériorité de la recto-cystotomie sur les autres méthodes de taille, par Louis Bauer. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 mars.) — De la suture totale de la vessie après la taille hypogastrique faite pour un calcul, par Taillefer. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 août.) — Symphyséotomie préliminaire dans la taille sus-pubienne, par Tuffier. (*Ibid.*, 28 avril.) — Des blessures de la vessie dans la kélotomie, par Ostermayer. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 1 et 2.) — Opération pour la fistule vésico-vaginale, par Corson. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Fistule recto-vésicale suite d'un cancer de l'S iliaque, défécation par l'urètre pendant 4 mois sans infection des voies urinaires supérieures, par Péron. (*Soc. anat. Paris*, 21 juillet.) — L'exstrophie vésicale et l'épispadias, pathogénie, par Durand. (*Thèse de Lyon.*) — Sur le traitement radical de l'ectopie vésicale, par Maydl. (*Wiener med. Woch.*, 16 juin.) — Du traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie, par Duplay. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Rupture intra-péritonéale de la vessie, par Whiteford. (*Brit. med. j.*, 20 octobre.) — Symptômes et traitement des tumeurs de la vessie, par Buckley. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 juillet.)—Symptômes et traitement des tumeurs de la vessie, par Deaver. (*Ibid.*) — Fibromyome rétro-vésical, par Verhoogen. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 juillet.) — Sur un cas de papillome vésical, par Loumeau. (*Cong. franç. chir.* et *Bull. méd.*, 24 octobre.) — Cancer vésico-prostatique ayant simulé un calcul du rein, anurie, néphrotomie, mort 2 mois après d'hématurie, par Broca. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Cas de chirurgie génito-urinaire : excision de la vessie pour épithéliome, excision des vésicules séminales, des testicules, du cordon spermatique ; implantation d'un testicule artificiel après castration ; papillome vésical de longue durée, par Weir. (*Medical Record*, 11 août.)— De la résection de la vessie pour tumeurs, par Clado. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.)

**Vin.** — Sur la toxicité des substances dites vinolines (matières colorantes des vins artificiels), par Borri. (*Lo sperimentale*, 19, p. 365.)

**Vitré (Corps).** — Hyalite astéroïde monoculaire, par Benson. (*Trans. oph. Soc. Unit. Kingdom*, XIX, p. 101.)

## X-Z

**Xanthome**. — Xanthome palpébral chez un homme de 40 ans dont le frère a la même affection, par Palm. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 avril.) — Xanthome multiple congénital, par James. (*Brit. med. j.*, 13 octobre.)

**Xanthelasma**. — Du xanthelasma, par Gaucher. (*Semaine méd.*, 26 septembre.)

**Zona**. — Sur un cas de zona intercostal, par Potain. (*Médecine mod.*, 15 septembre.) — Zona hémorragique primitif par Lop. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 juin.)

# SOMMAIRE DU N° 2

## TOME XLV

---

## ANATOMIE.

Système nerveux, *Dejerine*, 401 ; *Binet*, *Arnstein*, 402. — Nerfs du cœur, *Jacques*, 403. — Nerfs hypogastriques, *Langley*, *Anderson ;* nerfs des veines et des muscles, *Ranvier*, *Sherrington*, 405. — Nerfs génitaux, *Timofeew ;* sang, *Cavazzani ;* cellules migratrices, *Kanthack*, *Hardy*, 407. — Lymphatiques, *Tigerstedt*, 408 ; *Ranvier ;* tissu conjonctif, *Fusari ;* protoplasma, *Le Dantec*, 409. — Muscle, *Boheman*, *Fusari*, 410. — Tendon, *Retterer ;* glandes sudoripares, *Renaut;* glandes sébacées, *Bauer*, 411. — Placenta, *Duval*, 412. — Follicules lymphatiques, *Dobrowolski*, 413. — Pharynx, *Escat ;* thyroïde, *Jacoby ;* iris, *Melkich*, 414. — Pancréas, *Wlassow;* mamelle, *Lacroix*, 415 ; *Regaud*, 416. — Intestin, *Dreike*, *de Rouville ;* poils, *Brunn*, 417. — Peaucier, *Schmidt ;* os carpien, *Thilenius ;* articulation, *Retterer*, 418 ; *Gerken*, 419.

---

## PHYSIOLOGIE.

Cerveau, *Mosso*, 419 ; *Henschen*, 421 ; *Munk*, 422. — Attention et mémoire, *Manacéine*, 422 ; *Patrizi*, *Bart*, 423. — Cervelet, *Lui*, 423. — Système nerveux et sympathique, *Biscous*, *Mouret*, *Isengrin*, *Langley*, 424 ; *Cavazzani*, *Bottazzi*, *Tomasini*, 425 ; *Bocci*, *Salvioli*, *Jendrassik*, 426 ; *Baginsky*, 427 ; *Boyce*, 428. — Respiration, *Porter*, *Hamburger*, 428 ; *Laulanié*, *Pembrey*, *Gordon*, *Warren*, 429. — Asphyxie, *Dissard ;* sang et circulation, *Harley*, *Rebustello*, *Malassez*, 430 ; *Contejean*, *Cohnstein*, 431 ; *Goldscheider*, *Jacob*, *Haldane*, *Smith*, 432 ; *Christ*, *Tigerstedt*, 433 ; *Contejean*, 434. — Contraction musculaire, *Kaiser*, *Asher*, *Cavazzani*, *Harris*, 434 ; *Johansson*, 435. — Chaleur, *Butte*, *Deharbe*, 435 ; *Pembrey*, 436. — Ferments, *Fermi*, *Roehmann*, 436. — Digestion, *Schierbeck*, *Chelmonski*, *Akermann*, *Surmont*, *Brunelle*, 437 ; *Lescœur*, *Dastre*, 438 ; *Ramsdem*, *Kroujkoff*, *Vistenhoff*, 439 ; *Hultgren*, *Landergren*, 440. — Alimentation, *Weiske ;* salive, *Fubini ;* sécrétion pancréatique, *Mouret ;* diabète, *Kaufmann*, 441. — Graisses,

*Frank*, 442. — Sucre, *Verechtchaguine*, *Nosenko*, *Zirkounenko*, *Tchernavkine*, 443. — Sommeil, *Duval*, *Lépine ;* mouvements de l'œil, *Russell*, 444. — Vision, *Kries*, *Petren*, 445 *Juler*, *Parinaud*, 446. — Sécrétion urinaire, *Delezenne*, 447.

## CHIMIE MÉDICALE.

Sang, *Maxon* ; ferments diastasiques, *Castellino*, *Paraua*, 448. — Sang, *Mairet*, *Bosc*, *Huppert*, 449 ; *Pugliese*, *Masoin*, 450; *Bock*, *Garrod ;* albuminoïdes, *Malerba*, 451 ; *Lilienfeld*, *Kossel*, *Lohnstein ;* acide carnique, *Siegfried*, *Hall*, 452. — Examen de l'urine, *Malerba*, *Kossel*, *Schmied*, *Capranica*, 453. — Urine paludique, *Bottazzi*, *Pensuti ;* ptomaïnes, *Œschner ;* urine des varioleux, *Auché*, *Jonchères*, 454. — Urine des cancéreux, *Gaudier*, *Hilt ;* fer de l'organisme, *Lapicque ;* moelle des os, *Forrest*, 455.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Examen du sang, *Livierato*, 456 ; *Stintzing*, *Gumprecht*, 457. — Leucémie, *Hintze*, 457 ; *Askanazy*, *Mathes*, *Gumprecht*, *Vehsemeyer* 458. — Hématurie, *Gumprecht ;* artérite, *Kahlden*, *Ruffini*, 459 ; *Durante*, *Auché*, *Hobbs*, *Nageotte ;* polypes du cœur, *Pawlowski*, 460. — Diverticules du cœur, *Arnold ;* artères thyroïdes, *Schmidt ;* pneumonie, *Hauser*, 461. — Hépatite, *Pilliet*, *Widal*, *Bezancon*, *Hanot*, *Meunier*, 462; *Dmochowski*, *Janowski*, *Herrarte*, 463. — Néphrite, *Burmeister*, 463 ; *Kahlden*, *Aufrecht*, *Pernice*, *Scaglioni*, 464. — Tuberculose génitale, *Walther ;* embolies, *Ribbert*, 465. — Ostéite, *Hammer ;* kystes lymphatiques, *Ledderhose*, 466. — Kystes du pancréas, *Tilger ;* mammite, *Duclert*, 467 ; *Gaudier*, *Surmont*, *Charrin*, 468. — Monstre, *Féré*, *Blanc*, 468 ; *Debierre*, *Lambert*, 469.

## PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Ligatures des vertébrales, *Fredericq*, *Giltay ;* ganglion de Gasser, *Spallitta*, 470. — Thyroïde, *Ballet*, *Enriquez*, *Bagenoff*, 471 ; *Sciolla*, 472 ; *Chris-*

*tiani*, 473. — Ligature du pancréas, *Mairet*, 473. — Ulcère stomacal, *Favre;* régénération du foie, *Janson*, *Ponfick;* ablation de l'estomac, *Carvallo*, *Pachon*, 474. — Insolation, *Laveran;* immunité, *Achalme;* lumières et bactéries, *d'Arcy*, *Hardy*, 475. — Staphylocoque, *Mosny*, *Courmont;* bactéries du sang, *Stittmann*, 476. — Bactéries du chyle, *Desoubry*, *Porcher*, *Nocard;* salive, *Grawitz*, *Steffen*, 477. — Tuberculose, *Masur*, *Wurtz*, 478; *Michell;* pneumonie, *Sclavo*, *Bunzl-Federn*, *Brix*, 479. — Diphtérie, *Courmont*, *Doyon*, *Enriquez*, *Hallion*, 480 et 481; *Charrin*, *Roger;* fièvre, *Nebelthau*, 481. — Bacterium coli, *Fremlin*, *de Stocklin*, *Villinger*, *Agro*, *Terni*, 482. — Fièvre typhoïde, *Pfeiffer*, *Schild*, *Quincke*, 483; *Stuehlen*, *Lucatello*, *Marpmann*, 484. — Dysenterie, *de Silvestri;* pyohémie, *Parascandolo;* diabète, *Marcuse;* variole, *Le Dantu*, 485. — Erysipèle, *Filehne;* capsules surrénales, *Berdach*, 486. — Choléra, *Bonhoff*, *Guenther*, *Kuprianow*, 487; *Wesbrook*, *Bonhoff*, *Ivanoff*, *Issaef*, 489; *Lunkewicz*, 490. — Charbon, *Surmont*, *Arnould*, *Kerry*, 490. — Pneumonie, *Pane*, 491. — Charbon, *Gramatschikoff*, *Johne*, 492. — Rouget, *Lorenz*, *Raccuglia;* reflux dans les uretères, *Courtade*, *Guyon*, 493.

## PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Neurine, *Miller;* scopolamine, *Ernst*, 494; *Raehlmann*, 495. — Papaïne, *Hirsch;* kola, *Mosso;* cocaïne, *Aducco*, 495. — Ouabaïne, *Gley;* atropine, *Richet;* manaca, *Brandl;* orexine, *Battistini*, 496. — Arabinochloralose, *Hanriot*, *Richet;* phloridzine, *Levene;* pyridine, *Brunton*, *Tunnicliffe;* thermodine, *Bonneville*, 497. — Phénylchlorazine, *Valdameri;* ozone, *Thomson;* formol, *Poitevin*, 498. — Antiseptiques, *Mann;* formaline, *Vanderlinden*, *Debuck*, *Ascati*, *Aronson*, *Gottstein*, *Winckel*, 499. — Dermatol, *Weiner;* alcool, *Chendrikowski*, *Dombrowski*, 501. — Phényl, *Laws;* gaïacol, *Marfori;* absorption des métaux, *Santori;* acide chlorhydrique, *Gilbert*, 502. — Oxalates, *Locke;* chlorures, *Stefani;* cadmium, *Paderi*, 503. — Fluorure d'argent, *Lazzaro;* extraits thyroïdiens, *Charrin*, *Gley;* venin, *Phisalix*, *Bertrand*, 504. — Empoisonnements, *Mattison*, *Hirsch*, *Kahlden*, 505; *Maurel*, *Surmont*, *Brunelle*, *Lomonaco*, *Flatten*, 506.

## THÉRAPEUTIQUE.

Traités, *Manquat*, *Botey*, 507. — Diphtérie, *Dreyfus*, *Seiz*, *Perregaux*, 508; *Le Gendre*, *Lépine*, *Rabot*, *Solis-Cohen*, 509; *Degle*, *Hedges*, 510. — Tuberculose, *Richet*, *Héricourt;* choléra, *Freymuth*, 510. — Badigeonnages d'alcaloïdes, *Geley*, 511. — Pneumopathie, *Demons*, *Binaud;* charbon, *Emmerich*, cancer et érysipèle, *Mynter*, 512. — Gaïacol, *Meibaum;* pleurésie, *Dubief*, *Bolognesi*, 513. — Péritonite, *Beck;* coqueluche, *Raubitschek*, *Rehn*, *Schlieper;* goitre exophtalmique, *Chibret*, 514. — Rhumatisme, *Martin;* lithiase

hépatique, *Troitzki*, 515. — Urémie, *Gonin ;* névralgies, *Grandclément ;* bicyclette, *Robin ;* fièvre typhoïde, *Le Gendre*, 516. — Typhus, *Legrain ;* venin de serpent, *Elliot ;* tremblement, *Bruyer ;* massage, *Brunton*, *Tunnicliffe*, 517.

## HYGIÈNE.

Etat sanitaire des villes, *Weyl*, *Saltet*, *Gastinel*, *Daremberg*, 518. — Morbidité, *Rosenblatt*, *Nilsson*, *Wretlind*, *Bahr*, *Armaingaud*, 521. — Maladies professionnelles, *Lewin*, *Galebiewski*, *Nieden*, *Burruano*, *Lehmann*, 522 ; *Donath*, *Napias*, *Roque*, *Linossier*, 523 ; *Gervais*, 525. — Vêtements, *Vestea*, *Rubner*, *Reichenhach*, 526. — Produits alimentaires, *Drouineau*, 526 ; *Dembo*, *Dieulafoy*, *Krieger*, *Olt*, *Neuwirth*, *Nocard*, *Ferrati*, 527 ; *Wauters*, *Roth*, 529. — Analyse des eaux, *Ausset*, 529. — Putréfaction, *Dastre ;* désinfection, *Vincent ;* tuberculose, *Leyden*, *Moeller*, *Schnyder*, 530 ; *Jacob*, *Nocard*, 532 ; *Rievel*, *Ohmke*, *Eichhorn*, 533. — Morve, *Foth*, *Schindelka*, *Rudorsky*, *Hutyra*, *Preisz*, *Nocard*, 534. — Microbes du papier, *Trouskolawski*, 537.

## PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies du système nerveux, *Wyllie*, *Brissaud*, 538 ; *Bonnier*, 539 ; *Holz*, *Sabrazès*, 541 ; *Ferrand*, *Bernheim*, *Pitres*, 542 ; *Charcot*, 543 ; *Scheissmann*, *Struempell*, *Lloyd*, 544 ; *Reinhold*, *Senator*, *Ewald*, *Schultze*, 545 ; *Berger*, *Lépine*, *Londe*, *Perrey*, 547 ; *Gourein*, *Mueller*, 548 ; *Halipré*, *Chabbert*, *Biot*, 549 ; *Lunz*, *Baudet*, *Bosc*, 550 ; *Dane*, 551. — Maladies de l'appareil respiratoire, *Hanot*, *Duflocq*, 551 ; *Withington*, *Egger*, *Rendu*, 552. — Maladies du système circulatoire, *Sergent*, *Feilchenfeld*, *Edel*, *Senator*, *Ewald*, *Israel*, 553 ; *Perles*, 555. — Maladies du tube digestif, *Strauss*, 555 ; *Kirikow*, 556 ; *Boix*, *Talamon*, *Achard*, 557 ; *Sciolla*, *Nagel*, *Verdelli*, 558 ; *Triantafilidi*, *Jerzykowski*, 559. — Fièvre typhoïde, *Schmidt*, *Reich*, *Schuster*, 560 ; *Chauffard*, *Vidal*, 561. — Oreillons, *Martin ;* choléra, *Denys ;* pancréatite, *Galvagni ;* paludisme, *Villette*, 562. — Chlorose, *Guani ;* érysipèle, *Massalongo ;* rhumatisme, *Sacaze*, 563 ; *Robin*, *Leredde*, 564. — Saturnisme, *Brunelle ;* phlébite, *Hirtz ;* filaire, *Fonty Torne ;* diphtérie, *Welch*, 564. — Goutte, *Levison*, 565.

## GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Sécrétions vaginales, *Menge*, 565. — Métrite, *Bralant*, 566; *Pinesse*, *Cestan*, 567; *Martin*, *Langerhans*, 568. — Rétroflexion, *Czempin*, *Flaischlen*, 568. — Vulvite, *Martin*, 569. — Urétrocèle, *Etienne;* cancer clitoridien, *Faguet*; kystes ovariques, *Rochet*, 570. — Myomes utérins, *Pilliet*, *Costes*, *Léonte*, *Frank*, 571. — Hystérectomie, *Werdt*, *Westermark*, *Borelius*, 573; *Vulliet*, 574. — Electrothérapie, *Apostoli;* asepsie, *Tarnier*, 574. — Sécrétions vaginales, *Kroenig*, 576. — Prolapsus, *Rapin;* maladies infectieuses et grossesse, *Klautsch*, *Davis*, 577. — Présentation, *Goenner;* ovariotomies, *Mangiagalli*, 578. — Ergotisme, *Nordmann*, *Marius;* tuberculose placentaire, *Lehmann*, 579. — Ostéomalacie, *Fehling*, *Orthmann*, 580. — Accouchement prématuré, *Marduel;* avortement, *Ziclenski*, 581. — Fièvre puerpérale, *Chellier*, 582. — Grossesse extra-utérine, *Rochet*, *Muret*, 583.

---

## MALADIES DES ENFANTS.

Méningite, *Scherer;* sclérose, *Drouet;* hémiplégie, *Leblais*, 584. — Méningocèle, *Krœnlin;* pneumonie, *Behrend;* cardiopathies, *Moussous*, 585. — Diphtérie, *Abel*, *Behrend;* scarlatine, *Hase;* péritonite, *Hendrix*, 586. — Dermatose, *Gradenigo;* rachitisme, *Wachsmuth*, *Salvetti;* asphyxie, *Beuttner*, 587. — Scorbut, *Conitzer;* tumeur linguale, *Fede*, *Brun*, 588. — Arthrites, *Jeannel;* hernies, *Broca*, *Bérard*, 589. — Cancer rénal, *Earle*, *Weaver*, *Hansemann*, 590. — Cancer intestinal, *Stern*, 591. — Sarcome du pied, *Senger*, 592.

---

## DERMATOLOGIE.

Traité, *Thibierge*, 592. — Dermatite, *Hallopeau*, *Le Damany*, *Rotte*, 593. — Pemphigus, *Rosenthal;* lentigo, *Dubreuilh*, 594. — Acné, *Mackenzie;* eczéma, *Hallopeau*, *Le Damany;* kératose, *Stanziale;* aphtes, *dall'Acqua*, 595. — Papillome, *Rasch;* lèpre, *Petrini;* pellagre, *Tuczek*, *Manzini*, 596. Epithélioma, *Lagoutte;* xanthome, *Chauvière;* pied de Madura, *Boyce*, 597. — Lupus, *Kossel*, *Koehler*, 598. — Teignes, *Mibelli*, *Bodin;* argyrie, *Jahn*, 599. — Exanthèmes médicamenteux : *Guilloud*, *Morel-Lavallée*, *Brasch*, 600. — Syphilis : *Ehlers*, 600; *Pouzol*, *Santillana*, *Fournier*, 601; *Isaac*, *Fraenkel*, 602; *Saalfeld*, 603; *Carra*, *Sacaze*, *Porte*, *Burlando*, 604; *Héricourt*, *Richet*, *Pellizzari*, *Jullien*, 605; *Deutsch*, 606. — Blennorragie, *Guiard*, *Finger*, *Schlagenhaufer*, 606; *Mazza*, *Tixeron*, 607; *Tavitian*, 608.

---

## ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Confusion mentale, *Séglas*, 608. — Angoisse des aliénés, *Ziertmann;* sialorrée, *Cristiani;* suc gastrique, *Masetti*, 609. — Folie, *Pain;* délire des négations, *Séglas*, 610. — Folie syphilitique, *Hagelstein;* porencéphalie, *Norman;* imbécillité, *Kraepelin*, 611. — Idiotie, *Bourneville;* paralysie générale, *Turner*, 612; *Neisser*, *Cramer*, 613, — Traitement de l'aliénation, *Bruce*, *Chmielewski*, 613. — Alcoolisme, *Wurtz*, *Hudelo*, *Klippel;* épilepsie, *Commenges*, 614; *Collins*, *Leyden*, 615. — Myxœdème, *Mendel*, *Eulenbourg*, *Combe*, *Schmidt*, 616.

---

## MÉDECINE LÉGALE

Mort, *Brouardel;* pendaison, *Thomas*, *Peham*, 617; *Baron*, *Haberda*, *Reiner*, *Seydel*, 618. — Brûlure, *Kianicine*, 619; *Descouts*, *Roberts*, *Ogier*, 620; *Becker*, 621. — Poids des fœtus, *Ipsen*, 621. — Inanition, *Seydel;* leucémie, *Ebstein;* assurances, *Haenel*, 622. — Empoisonnement, *Motet*, *Brouardel*, *Descouts*, *Ogier*, 623; *Ipsen*, 624.

---

## PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Anesthésie, *Witzel*, *Heusler*, 624; *Poppert*, *Senger*, *Friedlaender*, 625; *Lenoble*, *Angelesco*, 626; *Robertson*, *Wieland*, 627; *Gerbaux*, *Poncet*, *Thierry*, 628. — Lésions cranio-rachidiennes, *Chipault*, 628; *Triplett*, *Kroenlein*, 629; *Hamilton*, *Jeannel*, 630. — Neurectomie, *Kroenlein;* lésions des vaisseaux, *Mahé*, *Weischer*, 631. — Goitre, *Lemke*, *Eiselsber*, *Middeldorpf*, *Marchand*, *Sonnenburg*, 632; *Gluck*, *Zeller*, *Sonnenburg*, 633; *Burckhardt*, 634; *Kroenlein*, *Booth*, *Putnam*, *Haetkel*, 635. — Torticolis, *Mikulicz*, 636. — Lésions de l'appareil digestif : *Kuester*, *Houzel*, 636; *Blanc*, *Chaput*, *Levy*, 637; *Baracz*, 638; *Poncet*, *Deaver*, *Boyd*, 639; *Abbe*, *Lavise*, 640; *Quénu*, *Commandeur*, 641; *Ozenne*, *Buengner*, 642; *Rossander*, *Commandeur*, *Chailloux*, 643; *Neuber*, *Lauenstein*, *Kehr*, *Helferich*, 644; *Ricard*, 645. — Maladies des os et des articulations, *Gruber*, 645; *Kennedy*, *Demoulin*, *Kocher*, 646; *Steffel*, *Berger*, *Reverdin*, *Buscarlet*, 647; *Bert*, *Delorme*, 648; *Grimm*, *Hennequin*, 649; *Roux*, *Barthauer*, 650; *Dubar*, *Credé*, *Berger*, 651; *Lauenstein*, *Lafourcade*, *Kirmisson*, *Virchow*, *Duplay*, *Guermonprez*, 653. — Ascite, *Frees;* cancer des doigts, *Faguet*, 654. Maladies des voies urinaires : *Frumusiana*, *Broca*, *Courdoux*, 655; *Helferich*, *de Rouville*, *Genouville*, 556; *Kroenlein*, *Ferria*, *Launois*, *Mears*,

657; *Estor*, *Tuffier*, *Claude*, *Barbellion*, *Denucé*, 658. — Hémorroïdes, *Trinkler;* résection, *Cramer;* lipome, *Walther*, 659. — Tumeurs de la mamelle, *Williams*, 660. — Varices, *Accinelli;* leucémie, *Marchand*, *Kuester*, 661.

## OPHTALMOLOGIE.

Vision, *Peters;* stéicoscopie, *Parinaud*, 662. — Myopie, *Mets*, *Masselon;* strabisme, *Hirschberg*, 663. — Nystagmus, *Magnus;* ténonite, *Zielinski*, *Nencki*, *Karpinski*, *Mazza*, 664. — Ptosis, *Peschel;* dacryocystite, *Panas*, *Parinaud*. 665. — Conjonctivite, *Bach*, *Kugel*, *Viger*, 666; *Pergens*, *Dubar*, 667; *Axenfeld*, *Rohmer*, *Kruch*, *Fumagalli*, *Cepner*, 668; *Darier*, *Zimmermann*, 669. — Kératites, *Kuthe*, 669; *Mueller*, *Berger;* iritis, *Oliver*, 670; *Wicherkiewicz*, *Hippel;* cataracte, *Pagenstecher*, 671; *Birnbacher*, *Péters*, *Purtscher;* rétinite, *Simon*, 672; *Schœler*, *Abadie*, *Herrnheiser*, 673; *Wagenmann;* glaucome, *Neuburger*, *de Vincentiis*, 674; *Perles*, *Terson*, *Moll*, *Pineus*, 675; *Wagenmann*, *Eliasberg*, *Chevallereau*, 676; œil et helminthiase, *Audogski*, *Neuressen*, 677. — Plaies, *Fornatola;* corectopie *Best*, 678. — Lésions de l'orbite, *Goldzieher*, *Beaudonnet;* diphtérie, *Schmidt Rimpler;* formaldéhyde, *Gepner*, 679 Collyres, *de Wecker*, *Krueckmann*, 680.

## MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Lésions du pharynx, *Courmont*, *Magnan*, *Moreira*, *Browne*, 681; *Wolff*, *Mermet*, *Quénu*, 682; *Kroenlein*, *Garel*, 683. — Angines, *Petit;* amygdalites, *Lichtwitz*, 684; *Buschke*, *Lange*, 685; *Maurel*, *Couetoux*, *de Silvera*, 685. — Maladies du nez, *Zuckerkandl*, *Lichtwitz*, *Garnault*, 685; *Wingrave*, *Orlandi*, 686; *Réthi*, *Arslan*, *Rupp*, 687; *Bonain*, *Winslow*, 688; rhinites, *Bresgen*, *Ziem*, *Donnec*, *Lœwenberg*, 689; *Schestakow*, 690; *Beausoleil*, 691. — Rhinoplastie, *Kuester;* adontome, *Roaldes*, 691. — Laryngite, *Sokolowski;* ictus laryngé, *Leclerc*, *Garel*, *Collet*, *Masucci*, 692. — Larynx pulsatile, *Litten;* fibromes du larynx, *Chiari;* corps étranger, *Lautier*, 693; *Roaldes*, 694. — Syphilis laryngé, *Heymann*, *Rosenberg*, 694. — Laryngotomie, *Leseigneur*, 695. — Cancer du larynx, *Virchow*, *Wolff*, 696. — Electrolyse laryngée, *Mermod*, 697. — Maladies des oreilles : *Thorp*, *Gellé*, *Collet*, 698; *Lermoyez*, *Helme*, *Ferreri*, *Hartmann*, 699; *Lannois*, *Bonthoux*, *Sheppard*, *Chiucini*, *Kœrner*, *Jansen*, *Hansberg*, 700.

## RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 702.

# REVUE

DES

# SCIENCES MÉDICALES

## EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.


---

## ANATOMIE.

---

**Anatomie des centres nerveux. Tome Ier : Méthodes générales d'études — Embryogénie — Histogénèse et histologie — Anatomie du cerveau, par J. DEJERINE avec la collaboration de Mme DEJERINE-KLUMPKE** (*401 figures dans le texte dont 45 en couleur. Paris, 1895*).

Annoncé déjà dans la plupart des périodiques spéciaux, le livre de M. et de Mme Dejerine a été loué comme il le mérite. Des anatomistes particulièrement autorisés l'ont qualifié œuvre de maître, et ce jugement sera pleinement ratifié par tous ceux qui suivent les progrès de l'anatomie cérébrale.

Rompant avec la tradition soigneusement observée dans la plupart des ouvrages didactiques, les auteurs ont mis de côté les schémas plus ou moins ingénieux par lesquels le néophyte se trouve conduit, grâce à d'artistiques combinaisons de lignes variées, à une compréhension aussi claire que superficielle et souvent inexacte des trajets nerveux les plus compliqués. Ils ont pensé que les résultats de l'observation pure fournis par les méthodes actuelles étaient assez précis pour pouvoir être mis directement sous les yeux du lecteur. Aussi toutes les figures sont-elles des reproductions fidèles, par photographie ou projection, de pièces et de coupes macro ou microscopiques. C'est là un progrès de la plus haute importance que seuls des anatomistes parfaitement maîtres de leur sujet et disposant de matériaux de premier ordre, pouvaient réaliser avec un aussi éclatant succès.

Toute la partie de ce volume qui traite de la texture du cerveau étudiée à l'aide de coupes microscopiques sériées, ainsi que le dernier chapitre relatif aux fibres d'association et commissurales, sont sans contredit les plus originaux. Les commençants trouveront peut-être ces détails trop longs mais, l'analyse de coupes sériées étant actuellement, au moins pour le plus grand nombre des trajets de fibres, la seule méthode qui puisse

conduire à la détermination rigoureuse de leur topographie, ils feront bien de n'en pas négliger la lecture s'ils veulent avoir une base solide le jour où ils devront apprendre synthétiquement le groupement des voies cérébrales.

En somme, à part quelques questions, que l'on trouvera peut-être écourtées ou insuffisamment éclaircies, notamment dans le chapitre d'embryologie (par exemple le développement du corps calleux, la fusion partielle du cerveau hémisphérique avec le cerveau intermédiaire), l'ouvrage de M. et Mme Dejerine est le plus important, le mieux fait et le plus complet que nous possédions actuellement sur les centres nerveux. Il arrive au moment où l'étude anatomique de ces organes est en honneur plus qu'elle ne l'a jamais été. A ce titre et à cause des services qu'il peut rendre son succès est assuré. A. NICOLAS.

**Contribution à l'étude du système nerveux sous-intestinal des insectes, par A. BINET** (*Journal de l'anat. et de la physiol., septembre 1894*).

La partie histologie de ce mémoire présente une série de faits du plus haut intérêt pour l'étude générale des cellules et des fibres nerveuses; ces faits sont relatifs plus particulièrement à la constitution de la cellule nerveuse et aux relations de ses prolongements.

Par une technique particulière (coloration en masse par l'hématoxyline après mordançage par le sulfate de cuivre, puis coloration par la safranine) l'auteur obtient une double coloration pour le protoplasma de la cellule nerveuse et pour le cylindre-axe qui en part. Alors, sur les cellules, qui sont toutes unipolaires, mais dont le prolongement émet, près de son origine, des branches collatérales, il peut suivre le cylindre-axe dans le protoplasma cellulaire: les fibrilles de ce cylindre axe n'entrent pas en relation avec le noyau, mais présentent deux dispositions typiques : dans l'un de ces types les fibrilles s'écartent régulièrement les unes des autres, dès leur pénétration dans la cellule, et décrivent des lignes spirales dans les couches les plus superficielles ou corticales du protoplasma. Dans l'autre type ces fibrilles restent réunies en faisceau un certain temps, de sorte qu'on est en présence d'un cylindre-axe intracellulaire, puis elles se répandent également dans la couche périphérique du protoplasma, dont la couche interne demeure granuleuse et non fibrillaire.

D'autre part, l'auteur, d'après les données anatomiques confirmées par les expériences de physiologie, montre que, pour chaque ganglion abdominal, le lobe ventral est sensible, et le lobe dorsal moteur. Expérimentant enfin sur le mouvement de manège qu'on provoque par une lésion des ganglions, il montre que ce mouvement est dû à une excitation inégale des pattes des deux côtés du corps, excitation qui réveille par association fonctionnelle le mécanisme moteur du mouvement de manège.

M. DUVAL.

**Zur Morphologie der sekretorischen Nervenendapparate (Sur la morphologie des appareils nerveux terminaux sécréteurs), par E. ARNSTEIN** (*Anat. Anz., X, 13, p. 410*).

L'auteur est parvenu à découvrir dans un certain nombre de glandes (gl. mammaires, gl. sudoripares, prostate, pancréas, gl. salivaires), étudiées

par lui-même et par quelques-uns de ses élèves, à l'aide des méthodes d'Ehrlich et de Golgi, des appareils nerveux terminaux en relation intime avec les cellules glandulaires. Après avoir décrit les aspects sous lesquels se présentent ces appareils, il résume ainsi leurs caractères morphologiques. Les nerfs glandulaires, aussi bien dans les glandes tubuleuses que dans les glandes acineuses, forment un réseau qui repose immédiatement sur la membrane propre (*réseau épilemmale*). De ce réseau partent de fines fibrilles qui traversent cette membrane et, devenues péricellulaires, entrent en contact avec les éléments sécréteurs. Ces fibrilles ne constituent, au-dessous de la propria, ni plexus, ni réseau, mais, après s'être ou non divisées, elles se continuent après un court trajet par des appareils terminaux variqueux dont la configuration et les dimensions varient. Tantôt ils sont représentés par un filament très onduleux et couvert de varicosités, tantôt ils affectent une forme sarmenteuse ou de grappe; ils sont souvent mûriformes. Toutes ces formes peuvent coexister sur une seule et même cellule glandulaire et se montrer reliées par des fibrilles anastomotiques. En somme l'on n'a affaire ici ni à un réseau terminal, ni à des terminaisons libres, mais à un véritable appareil terminal spécial réalisé par la prolifération et l'union secondaire des fibrilles variqueuses.

A. NICOLAS.

**Recherches sur les nerfs du cœur chez la grenouille et les mammifères, par Paul JACQUES** (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *novembre-décembre 1894*).

Ce travail, extrêmement remarquable par la précision de ses résultats et par la netteté de ses vues critiques, porte aussi bien sur l'anatomie descriptive que sur l'histologie des nerfs cardiaques.

Pour l'anatomie descriptive, signalons ce fait que l'auteur, à la place du nerf cardiaque supérieur du pneumogastrique, classiquement décrit comme un filet distinct et indépendant, a trouvé constamment un certain nombre de ramuscules très fins, se détachant du vague à diverses hauteurs et se jetant immédiatement sur la carotide contre laquelle ils descendent étroitement appliqués jusqu'à la crosse aortique. D'autre part, les nerfs cardiaques du sympathique ne présentent pas toujours la topographie des descriptions classiques, au dire desquelles ils occuperaient dans le thorax une situation différente à droite, où ils passeraient en arrière de la crosse aortique, et à gauche, où ils passeraient en avant de cette crosse; en effet, l'auteur a trouvé que constamment, à gauche comme à droite, le plus grand nombre de ces nerfs cardiaques sympathiques sont postérieurs à la crosse, quelques rares filets seulement croisant sa face antérieure.

Il est également classique de dire que les filets issus des plexus coronaires partageraient le trajet et la distribution des artères, n'abandonnant celles-ci que pour s'enfoncer dans le muscle. Or, par l'injection de bleu de méthylène on voit les nerfs se détacher nettement en bleu sur le fond brun verdâtre du muscle, et on constate, ce dont l'auteur donne deux excellentes figures, que les filets nerveux, en se dégageant du tissu cellulo-adipeux des sillons auriculo-ventriculaires, courent à la surface du myocarde suivant un trajet rectiligne complètement indépendant du trajet des vaisseaux, comme du reste de la direction des fibres musculaires

superficielles. Par l'émission de nombreux rameaux anastomotiques ces nerfs s'unissent en un vaste plexus placé immédiatement au-dessous du péricarde, plus superficiellement que les ramifications vasculaires et totalement indépendant d'elles. De ce plexus sous-péricardique naît, outre les rameaux musculaires, un réseau destiné à la séreuse et dont les éléments les plus superficiels sont sous-endothéliaux.

Tout ce qui précède est relatif plus spécialement au cœur des mammifères ; l'espace nous manque pour résumer ici les dispositions constatées sur le cœur de la grenouille.

Au plexus sous-péricardique sont annexés de nombreux petits ganglions, principalement au niveau des sillons inter-auriculaire et auriculo-ventriculaire, ainsi qu'à la surface des oreillettes et des ventricules, dans une étendue variable, qui atteint facilement la moitié supérieure de ceux-ci. Les cellules qui les forment ne sont pas serrées les unes contre les autres et enveloppées en une gaine unique, mais laissent entre elles des interstices assez larges.

Les rameaux nerveux qui pénètrent dans le myocarde se prolongent jusque sous l'endocarde où ils forment un riche plexus, comparable au plexus sous-péricardique et donnant naissance également à des fibres nerveuses pour le muscle cardiaque, et à un réseau destiné à la tunique interne du cœur. Les fibres de Purkinje sont enveloppées par un lacis nerveux à mailles étroites émané de ce plexus sous-endocardique. Les valvules cardiaques renferment des nerfs, nombreux dans les valvules auriculo-ventriculaires, plus rares dans les valvules artérielles.

Les nerfs du myocarde ventriculaire issus des plexus coronaires se rendent à leurs territoires respectifs par une triple voie : par l'intermédiaire des plexus sous-péricardique et sous-endocardique pour ceux qui sont destinés aux fibres externes et internes, directement pour ceux de la couche musculaire moyenne. Ces troncules nerveux s'anastomosent après leur entrée dans le myocarde en un plexus myocardique fondamental, d'où part le système des fibres intermusculaires. C'est de ces derniers que naissent les fibrilles terminales qui pénètrent entre les cellules des faisceaux musculaires et se mettent en communication avec elles par l'intermédiaire de bourgeons latéraux et terminaux de forme et de volume variés, comparables pour la plupart aux terminaisons décrites dans les muscles striés de différents invertébrés. Le plus grand nombre de ces bourgeons ou nodosités sont fusiformes ; quelques-uns sont comparables à un champignon, et la fibrille nerveuse s'implante alors sur leur face plane D'ailleurs il n'est pas rare de rencontrer aussi des fibrilles, nettement variqueuses, qui, après s'être progressivement amincies par des divisions dichotomiques successives, se terminent librement par de petits boutons olivaires, entre les éléments du myocarde, dispositions qui semblent se rapprocher du type des terminaisons sensitives.

Il existe, chez les mammifères et la grenouille, dans l'épaisseur du muscle cardiaque, des cellules conjonctives étoilées que colore en noir le chromate d'argent, et qui peuvent facilement en imposer pour des éléments nerveux. Ces éléments, déjà bien décrits par Fusari, et interprétés par lui comme cellules du tissu conjonctif, sont probablement ceux que Berkley a considérés comme des appareils terminaux de formes complexes.

En tout cas on n'observe jamais, dans l'intérieur du muscle cardiaque, des cellules comparables, ni comme taille, ni comme forme, ni comme disposition aux éléments ganglionnaires de la surface, et pouvant par suite être interprétées à coup sûr comme cellules nerveuses intra-musculaires.

M. DUVAL.

**The constituents of the hypogastric nerves, par J.-N. LANGLEY et H. ANDERSON** (*The Journ. of physiol.*, *XVII*, *p. 177*).

Les nerfs hypogastriques (chat) contiennent des fibres à myéline ; mais les fibres sans myéline y dominent. Le nombre et la grandeur des fibres myéliniques sont différents d'un côté à l'autre. L'hypogastrique droit est plus volumineux : ce nombre varie de 350 à 900 ; dans les deux ensemble il varie de 950 à 1,650. La largeur varie de 1 μ à 2 μ et rarement atteint 4 μ. Les nerfs sacrés envoient de une à deux douzaines de fibres dans l'hypogastrique, mais ces fibres se réfléchissent vers la vessie et les autres viscères ; il n'y en a pas plus de 4 ou 5 qui continuent leur route. Il n'y a pas de fibres myéliniques qui passent du sympathique au nerf érecteur ou au nerf hypogastrique par la voie des rameaux sacrés. Il y a dans l'hypogastrique dix fois plus de fibres centrifuges que de fibres centripètes. Les fibres myéliniques vont des branches spinales d'un côté, au nerf hypogastrique du côté opposé. DASTRE.

**Des nerfs vaso-moteurs des veines, par L. RANVIER** (*C. R. Acad. des Sciences*, *7 janvier 1895*).

Lorsque, chez le lapin, on presse transversalement avec l'ongle l'artère auriculaire contre le cartilage de l'oreille, on voit cette artère se dilater, et cette dilatation est due à la paralysie des nombreux faisceaux nerveux qui sont dans son voisinage immédiat et qui ont été atteints par l'action mécanique : l'artère résiste, mais les nerfs plus fragiles sont coupés. Or, si après avoir ainsi déterminé la dilatation auriculaire, on comprime de la même façon, toujours avec l'ongle, la veine marginale externe, celle-ci se dilate à son tour ; et d'autre part, cette compression de la veine marginale suffit à amener sa dilatation, sans qu'il soit nécessaire d'avoir au préalable paralysé l'artère médiane. Cette dilatation des veines au delà de la région comprimée est liée à la destruction mécanique des filets nerveux qui les accompagnent et qui président à l'innervation de leurs éléments musculaires. Il y a donc des vaso-moteurs veineux comme il y en a d'artériels. M. DUVAL.

**I. — On the anatomical constitution of nerves of skeletal muscles, etc., par C.-S. SHERRINGTON** (*The Journ. of physiol.*, *p. 211*, *1894*).

**II. — On the anatomical constitution of the nerves of muscles, par C.-S. SHERRINGTON** (*Proceedings of the physiological Soc.*, *23 juin 1894*).

I. — Dans le tronc nerveux d'un muscle, le tiers ou la moitié des fibres myéliniques viennent des ganglions spinaux. Ce sont des fibres sensitives. Leur diamètre varie de 1 à 20 μ. Les fibres les plus larges du tronc nerveux sont motrices et viennent de la racine antérieure. Les fibres sensitives musculaires larges le sont plus que les filets

cutanés ou articulaires des membres. Quant aux fibres plus petites d'un tronc nerveux, elles sont le plus souvent sensitives.

Les nerfs isolables anatomiquement sont ou mixtes ou sensitifs, jamais purement moteurs. Certains d'entre eux, tels que le phrénique, l'hypoglosse, le récurrent laryngé, l'interosseux postérieur contiennent un nombre considérable de fibres sensitives. Ces fibres sensitives se terminent dans le muscle par un organe spécial « fuseau du muscle » (Kühne). Les fuseaux sont, en grand nombre, renfermés dans le tissu musculaire, au voisinage surtout des aponévroses, insertions tendineuses et tendons. Les plus larges fibres sensitives finissent ainsi dans les fuseaux : les plus minces se terminent autrement, vraisemblablement par division en fibrilles. Après section du nerf qui anime un muscle, les fibres musculaires à fuseau ne dégénèrent pas comme les autres. Les muscles du squelette et leurs fibres primitives peuvent atteindre un développement de structure très complet en l'absence de la moelle épinière et des racines.

Les nerfs périphériques des membres ne contiennent point de fibres myéliniques dérivées du système sympathique, mais elles contiennent un grand nombre de fibres pâles : toutes les fibres sympathiques sont de cette espèce. Dans la région lombo-sacrée, la racine antérieure possède des fibres récurrentes : auprès de ce faisceau sont des cellules ganglionnaires de Schæfer qui n'ont d'ailleurs aucune relation avec le faisceau. Dans les troncs lombo-sacrés il existe près de l'origine quelques fibres très grêles, dispersées, myéliniques qui ne dégénèrent pas après la section du nerf à son origine ; elles semblent reliées aux gaines du tronc nerveux et être de nature sympathique. Toutes les fibres de la racine postérieure des nerfs sacro-lombaires restent saines du côté du ganglion dans le cas où la racine est coupée entre le ganglion et la moelle ; du côté de la moelle elles dégénèrent toutes. Quatre à sept semaines après l'excision du ganglion spinal, on trouve dans le bout médullaire de la racine sensitive des fibres minces à myéline qui semblent être des fibres régénérées.

II. — Dans les nerfs musculaires examinés, une moitié environ des fibres à myéline ont leur centre trophique dans les cellules ganglionnaires de la racine nerveuse sensitive. Ces fibres se terminent pour la plupart dans des organes terminaux particuliers analogues aux terminaisons tendineuses de Golgi. Il y a beaucoup de fibres musculaires minces, au centre desquelles subsiste un amas de substance non striée. Les fibres nerveuses venues du ganglion spinal pénètrent dans l'organe terminal avec leur gaine myélinique. Ces *fuseaux musculaires* des auteurs sont donc des terminaisons sensitives. Après section de la 3e paire cranienne, il ne reste pas de fibres myéliniques saines dans les muscles que ce nerf innerve. De même il ne reste pas de fibres myéliniques saines dans le grand oblique après section de la 4e paire. La question se pose de savoir si ces nerfs ne seraient pas en réalité sensitivo-moteurs. Les muscles de l'œil ne contiennent pas d'organes en fuseau comme ceux des autres muscles. Les fibres primitives sont en partie bifurquées comme celles de la langue, d'autres ressemblent aux fibres de Weismann, d'autres enfin sont fibrillées seulement à la périphérie. Dans les nerfs musculaires de la jambe, les fibres à myéline ne viennent pas seulement des racines

antérieures; elles ne sont pas exclusivement motrices. Il y a des fibres dérivant exclusivement des racines postérieures, c'est-à-dire centripètes. Des nerfs tels que le phrénique, l'hypoglosse, le récurrent, etc., contiennent beaucoup de fibres venant des ganglions sensoriels. Les troncs nerveux des membres ne possèdent en fait de fibres sympathiques que des fibres pâles. Cinq semaines après l'ablation du ganglion spinal, la racine dorsale contient certaines fibres minces myéliniques de régénération. DASTRE.

**Zur Kenntniss der Nervenendigungen in den mänlichen Geschlechtsorganen der Säuger (Sur les terminaisons nerveuses dans les organes génitaux mâles des mammifères), par D. TIMOFEEW** (*Anat. Anz., IX, n° 11, p. 342*).

Dans le testicule, la méthode de Golgi met en évidence outre les nerfs vaso-moteurs étalés en plexus sur la paroi des vaisseaux, des fibrilles qui rampent entre les canalicules séminifères mais dont l'auteur n'a pu constater le mode de terminaison. En tous cas, il ne les a jamais vues traverser la membrane propre pour se terminer, comme l'a décrit Sclavunos entre les cellules séminales. Dans l'épididyme, les *coni vasculosi* sont entourés d'abondantes fibrilles nerveuses qui, peut-être, appartiennent à leur musculature. Enfin, la musculeuse du canal déférent est occupée, ainsi que la muqueuse, par des plexus signalés déjà par l'auteur précité. La méthode d'Ehrlich a donné, du moins en ce qui concerne l'épididyme et le canal déférent, des résultats plus complets. L'auteur signale sur le trajet des rameaux nerveux qui pénètrent dans l'épididyme des cellules ganglionnaires que leurs caractères permettent de considérer comme des cellules sympathiques. Il existe aussi des ganglions sur les branches qui se ramifient dans la tunique adventice du canal déférent. A. NICOLAS.

**Sur la contractilité des corpuscules rouges du sang des mammifères, par A. CAVAZZANI** (*Arch. ital. de biol., XXII, p. 107*).

L'auteur a observé l'émission par les hématies de très minces prolongements transparents semblables à des cils, doués de très vifs mouvements vibratoires qui amènent des oscillations dans les globules et les corps voisins. Ces cils peuvent avoir des mouvements lents, s'allonger et rentrer. On observe ce fait en examinant le sang dans la solution isotonique de chlorure de sodium additionnée de ferrocyanure de potassium à 10 0/00 à la température de 37 degrés. Le chlorhydrate de cocaïne ramène ces globules à leur forme de disques bi-concaves lisses. En faisant disparaître la cocaïne le phénomène reparaît. Cela s'observe chez l'homme, le chien, lapin, rat, chauve-souris. Au contraire on ne voit rien de tel chez les oiseaux et les batraciens. Cette contractilité des globules aurait un rôle dans un certain nombre de phénomènes pathologiques. DASTRE.

**The morphology and distribution of the wandering cells (cellules migratrices) of mammalia, par A. KANTHACK et W.-B. HARDY** (*The Journal of physiol., XVII, p. 81, 1894*).

Les auteurs considèrent comme mal fondée la classe, établie par Ehrlich, de granulations neutrophiles et ils proposent la classification suivante des

globules blancs du sang et de la lymphe : les granules sont oxyphiles (colorés par les colorants acides), ces granules étant volumineux ou fins. De là deux espèces de cellules : 1° *oxyphiles à grosses granulations* (éosinophiles des autres auteurs) ; 2° *oxyphiles à fines granulations.* D'autre part, si les granules sont colorés par les colorants basiques, on a : 3° *cellules basophiles à grosses granulations ;* et 4° *cellules basophiles à fines granulations.* Une cinquième catégorie est formée de *cellules hyalines*, non granuleuses, et une sixième de cellules jeunes, lymphocytes. La distribution et la structure de ces cellules s'expriment de la manière suivante :

Dans un premier groupe, les cellules du sang, petites et à granulations fines (il y a peu de cellules à grosses granulations dans le système sanguin), et là trois catégories : 1° les oxyphiles, à noyau divisé, granulations petites, à réaction oxyphile faible ; 2° les basophiles, à noyau lobé, granulations très fines ; 3° les hyalines, à noyau rond, sans granules.

Dans le second groupe, les cellules cœlomiques (espaces lymphatiques et conjonctifs), grandes et à grosses granulations, avec trois catégories : 1° les oxyphiles (à réaction intense) noyau allongé, granulations énormes ; 2° les basophiles, à noyau rond et grosses granulations ; 3° les hyalines, à noyau rond, sans granulations spécifiques.

Ces différentes classes de cellules réagissent différemment contre les poisons microbiens et contre les microbes. La leucocytose consiste dans un accroissement du nombre des globules blancs dans une partie du corps ou dans la totalité ; locale ou générale, elle peut tenir ou à une prolifération ou à une immigration. Les auteurs K. et B. en distinguent deux : l'une du type cœlomique, l'autre du type hémal. Les premières cellules qui s'accumulent dans un foyer leucocytique sont les oxyphiles, et parmi celles-ci les oxyphiles à grosses granulations. Ce sont celles-ci qui attaquent les bacilles et subissent une perte de granulations (dans une goutte pendante de sérosité de vésicatoire) ; puis vient la phagocytose, exécutée par les cellules hyalines, et qui se produit très rapidement (25 minutes). Les bacilles ou leurs produits attirent les cellules migratrices même chez l'animal qui n'est pas immunisé contre ce bacille. Il y a en même temps destruction de cellules au foyer du conflit. Beaucoup de ces cas que l'on désigne comme chimiotaxie négative s'expliquent par une destruction presque égale à l'immigration des cellules dans le foyer. Le principal intérêt de ces études est de montrer la différence des activités des cellules oxyphiles à gros granules et des cellules hyalines. Il est possible que ces cellules se changent les unes dans les autres, mais cela est loin d'être démontrable quant à présent. DASTRE.

**Die Entdeckung des Lymphgefässsystemes (La découverte du système lymphatique), par R. TIGERSTEDT** (*Skandinav. Archiv f. Physiologie, V, p. 89*).

Aselli a découvert les vaisseaux chylifères ; Pecquet, la citerne du chyle ; on discute encore à qui appartient la découverte des vaisseaux lymphatiques, de Thomas Bartholin ou d'Olaüs Rüdbeck. L'auteur, en remontant aux sources originales, examine la vie et les travaux de ces deux rivaux, et le débat de priorité soulevé entre eux. Il conclut que Rüd-

beck a la priorité de la découverte et Bartholin celle de la publication puisqu'elle eut lieu en mai 1653, tandis que celle de Rüdbeck ne se produisit que dans l'été de la même année. DASTRE.

**I. — Sur la circulation de la lymphe dans les petits troncs lymphatiques, par L. RANVIER** (*C. R. Acad. des Sciences, 24 décembre 1894*).

**II. — Morphologie du système lymphatique; de l'origine des lymphatiques dans la peau de la grenouille, par le même** (*Ibid., 21 janvier 1895*).

I et II. — Avec une seringue hypodermique pleine de bleu de Prusse, et en piquant le derme de la face interne de l'oreille du lapin, on peut facilement remplir le réseau capillaire lymphatique puis les petits troncs lymphatiques qui accompagnent l'artère auriculaire. Ces vaisseaux, bien remplis de bleu, se décolorent au bout de quelques minutes quand on cesse l'injection, le bleu de Prusse étant remplacé par de la lymphe, ce qui montre que la circulation de la lymphe est très active ; et en effet, la matière bleue a bien été entraînée par la circulation, puisqu'on la retrouve dans le ganglion lymphatique, situé à la base de l'oreille, au sein de la parotide, et dans lequel vont se rendre les lymphatiques primitivement injectés.

Chez la grenouille la peau possède un réseau lymphatique formé de capillaires dont les contours sont irréguliers, avec culs-de-sac latéraux. Ces capillaires lymphatiques sont placés sur un plan plus profond que les capillaires sanguins. M. DUVAL.

**Sur quelques particularités de forme et de rapport des cellules du tissu conjonctif interstitiel, par R. FUSARI** (*Arch. ital. de biol., XXII, p. 111, et Accad. di Ferrare, 21 janvier 1895*).

L'auteur a obtenu la coloration noire de Golgi de cellules connectives dans les papilles de la langue, dans le myocarde, dans les muscles du squelette. Les cellules du tissu conjonctif interstitiel des muscles sont de forme fuselée ou étoilée, pourvues de prolongements au nombre de 2 à 6 au plus, prolongements de protoplasmes granuleux, à grains plus colorés que le protoplasme ambiant. Les prolongements peuvent en s'anastomosant avec les prolongements voisins former des réseaux. Leurs bords peuvent présenter des dentelures qui les font ressembler au corps d'un myriapode. Quelques cellules connectives entrent en connexion avec les acini des glandes, dont elles embrassent le fond comme une membrane enveloppante. DASTRE.

**Études comparatives sur les rhizopodes lobés et réticulés d'eau douce, par LE DANTEC** (*C. R. Académie des Sciences, 31 décembre 1894*).

Très intéressante étude sur le protoplasma, ses mouvements, sa nutrition. Sur les *gromies* l'auteur a repris les expériences de mérotomie de Balbiani et Hofer, et a vu semblablement la partie séparée du noyau entrer en dégénérescence au bout de quelques heures. Il a observé de plus que, quand une de ces masses sans noyau est fraîchement séparée de la gromie, si les pseudopodes qu'elle peut encore émettre viennent à se rencontrer avec ceux de l'être dont elle provient, il y a soudure immédiate et tout se

passe comme si la plaque ainsi ajoutée au réseau pseudopodique n'en avait jamais été séparée. Mais lorsque la masse isolée entre en dégénérescence, forme des gouttes sarcodiques, cette soudure n'a pas lieu, et la masse isolée est englobée comme un corps étranger. L'auteur interprète ces deux faits comme des phénomènes de nutrition ramenés à ce qu'ils ont de plus simple : le premier consiste en l'addition, à une masse de protoplasma, d'une autre masse de composition identique ; le second en l'addition d'une masse dont la composition s'est modifiée par des échanges anormaux avec l'eau ambiante, mais est encore assez voisine de celle de la gromie nucléée. Un troisième fait est l'ingestion d'un infusoire par une gromie : les parties de sa substance qui sont directement miscibles au plasma dans lequel il baigne peuvent s'ajouter directement à ce plasma. Dans tous ces cas il n'y a pas eu digestion, puisqu'il n'est question que de substances miscibles avec le protoplasma qui les englobe ; mais ce protoplasma est aussi susceptible de dissoudre certaines substances baignant dans son intérieur (grains d'amidon) ; ces solutions ne peuvent se faire que dans un protoplasma de composition déterminée, et cessent de se produire dans les masses sarcodiques isolées, dès que la composition de ces masses est devenue notablement différente de celle du liquide plasmatique nucléé.

M. DUVAL.

**Intercellularbrücken und Saftraüme der glatten Musculatur (Ponts intercellulaires et canaux du suc dans les muscles lisses), par H. BOHEMAN** (*Anat. Anz.*, *X*, *n° 10*, *p. 305*).

L'existence d'anastomoses entre les fibres musculaires lisses, déjà mise hors de doute par les recherches d'un certain nombre d'observateurs, est confirmée par l'auteur qui les étudie dans la musculature de l'estomac et de l'intestin chez le chat, le chien, le porc et le lapin. On peut, par la méthode de Golgi et par des injections interstitielles de bitume en solution chloroformique ou d'encre, mettre en évidence les canalicules interfibrillaires, véritables canaux du suc, et constater ainsi qu'aucun ciment ne comble les espaces laissés libres entre les fibres. A. NICOLAS.

**1° Sur l'imprégnation chromo-argentique des fibres musculaires striées des mammifères; 2° sur la structure des fibres musculaires striées, par R. FUSARI** (*Arch. ital. de biol.*, *XVII*, *p. 89*, *et Acad. des sc. de Ferrare*, *26 novembre 1893 et 8 juillet 1894*).

C'est au moyen du traitement par le chlorure d'or que Retzius, puis Melland, von Gehuchten, Marshal, Ramon y Cayal ont mis en évidence dans la fibre musculaire striée l'existence de filaments longitudinaux unis transversalement au niveau de la strie d'Amici par un fin réseau de fibrilles transversales. Ces filaments seraient les seuls éléments contractiles, formels : le réseau transversal serait de nature élastique, le contenu du sarcolemme serait du suc musculaire, myoenchyme. Les fibrilles primitives isolables de Kölliker seraient un produit artificiel, la succession des disques moins réfringents et biréfringents un effet optique explicable. Avec la méthode de Golgi l'auteur retrouve ces fibres longitudinales et il constate que dans le plan de la strie d'Amici il existe un fin réseau

formé de filaments et de points nodaux de diverses grosseurs. A chaque limite du disque biréfringent il existe un autre réseau transversal de filaments et points nodaux. Dans le disque biréfringent il y a d'autres corpuscules rouge-brun, allongés. Dans les fibres musculaires en voie de développement, les filaments longitudinaux sont plus gros et plus apparents. Les fibres fixées en état de contraction montrent les réseaux transversaux des lignes d'Amici plus rapprochés que dans les fibres en repos. DASTRE.

**Sur le développement des cavités closes tendineuses et des bourses muqueuses, par Éd. RETTERER** (*Soc. de biol., p. 70, 2 février 1895*).

Des recherches systématiquement poursuivies par l'auteur, il résulte ces conclusions générales : 1° Une couche de tissu conjonctif embryonnaire préexiste à l'établissement de la cavité des synoviales tendineuses et des bourses muqueuses comme à celle des cavités articulaires ; 2° le tissu embryonnaire subit une évolution spéciale de la variété dite muqueuse et finit par disparaître pour faire place à la cavité elle-même ; 3° toute gaine synoviale tendineuse, toute bourse muqueuse passent par un stade transitoire qui correspond à l'état permanent où se trouvent pendant toute la vie les organes noyés dans une atmosphère de tissu conjonctif lâche. DASTRE.

**Dispositif anatomique et mécanisme de l'excrétion des glandes sudoripares, par J. RENAUT** (*Annales de derm., août-septembre 1894*).

Le canal excréteur des glandes sudoripares a trois couches : la couche vitrée, une couche de cellules prismatiques et une couche centrale. On retrouve ces trois couches dans la portion sécrétante, mais ici la couche moyenne est formée de fibres musculaires lisses, myo-épithéliales. Pour Ranvier ces fibres disposées en spirales forment une membrane incomplète, fenêtrée. Renaut, en injectant dans le derme du liquide osmio-picrique argentique, a pu démontrer que cette couche musculaire était continue. Ces cellules myo-épithéliales sont formées d'un corps cellulaire renfermant un noyau allongé dans le sens de l'élément. Au-dessous du corps s'étend la portion ou « semelle contractile » qui devient fusiforme, bifide ou dentelée ; mais, nulle part, la vitrée n'est en rapport avec la couche secrétante. Si l'injection du fixateur est faible dans un derme encore vivant, le réactif excite d'abord les cellules myo-épithéliales, puis les fixe en contraction. Alors la lumière centrale est à peu près effacée. L'épithélium sécréteur est formé de cellules qu'une compression réciproque a modifiées dans leurs formes et leurs dimensions. Cela prouve nettement la nature musculaire des cellules myo-épithéliales et montre le mécanisme de l'excrétion glandulaire. J. MOREL.

**Beiträge zur Kenntniss der Talgdrüsen der menschlichen Haut (Contribution à l'étude des glandes sébacées de la peau humaine), par K. BAUER** (*Morphologische Arbeiten, III, p. 439, 1894*).

Ce travail comprend, d'une part l'étude de la configuration des glandes sébacées de la tête, du nez et des glandes de Meibomius au moyen de

reconstructions et, d'autre part, l'étude des rapports des fibres élastiques avec ces mêmes glandes et avec les muscles.

Les modèles plastiques montrent nettement que les glandes sébacées sont des glandes alvéolaires. Il y a lieu cependant, en se basant sur la configuration des unités glandulaires terminales, de distinguer deux types, reliés d'ailleurs l'un à l'autre par des formes de transition : un type tubulo-alvéolaire et un type alvéolaire pur. Toutes les unités glandulaires présentent des renflements plus ou moins bien développés. Quand rien ne s'oppose à l'expansion du cul-de-sac, le type alvéolaire se manifeste. Lorsqu'au contraire des obstacles, tels que des poils, des muscles ou d'autres alvéoles réduisent l'espace disponible, l'unité s'étend surtout dans une direction, d'où le type tubulo-alvéolaire.

Le fin réseau élastique sous-épidermique se prolonge directement sur les glandes sébacées. Le muscle *arrector pili* se rattache non seulement à ce réseau superficiel par des tendons élastiques mais encore à l'enveloppe élastique périglandulaire par l'intermédiaire de fibrilles qui partent de toute son étendue. Les conséquences physiologiques de ces connexions sont faciles à saisir.

Dans la paupière les fibres élastiques sont extrêmement nombreuses, notamment au niveau du bord libre où elles forment une véritable plaque sous-épidermique, ainsi que dans les interstices des glandes de Meibomius. On observe aussi un réticulum élastique très délicat entre les fibres du muscle orbiculaire des paupières. A. NICOLAS.

**Le placenta des carnassiers, par Mathias DUVAL** (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *décembre 1894 et janvier 1895*).

Poursuivant l'étude de l'évolution du placenta chez la chienne et la chatte (*R. S. M.*, XLIII, p. 17; XLIV, p. 11) l'auteur passe en revue les travaux antérieurs et montre que la plupart des auteurs n'ont pu arriver à une interprétation exacte parce qu'ils n'ont pas disposé de pièces régulièrement sériées et sans lacunes ; parce que, notamment, ils n'ont pas pu étudier les tout premiers stades. Il a étudié, chez la chatte, les dispositions spéciales des bords de la ceinture placentaire, où se produit un développement particulier, dit formation ectoplacentaire abortive, qui n'est pas sans analogie avec la bordure verte du placenta de la chienne. Enfin il termine cette étude par les conclusions générales suivantes.

Comme chez les rongeurs, le placenta fœtal a pour origine une formation ectodermique qui se greffe sur la muqueuse utérine et végète dans la profondeur. La couche ainsi formée, dite lame ectoplacentaire, enveloppe de toutes parts les vaisseaux (capillaires) maternels de la muqueuse utérine et les englobe dans sa masse ; mais tandis que chez les rongeurs les parois endothéliales de ces vaisseaux sont résorbées et que le sang maternel arrive ainsi à circuler dans des lacunes creusées en plein plasmode ectoplacentaire, au contraire, chez la chienne, la paroi des capillaires maternels subsiste, et la formation ectoplacentaire, au lieu d'être formée uniquement d'éléments fœtaux, renferme en plus certains éléments de tissus maternels, à savoir la paroi endothéliale des capillaires où circule le sang de la mère. Ces dispositions représentent une forme de transition vers le placenta des ruminants et des pachydermes, chez

lesquels l'épithélium utérin est conservé et constitue une nouvelle série d'éléments maternels interposés entre les deux sangs. C'est ce qui explique que les auteurs qui se sont occupés du placenta, Ercolani par exemple, partant de celui des ruminants, où la persistance de l'épithélium utérin est évidente, ont hâtivement généralisé cette disposition, et se sont efforcés de retrouver cet épithélium utérin chez les carnassiers, aussi bien que chez les rongeurs. Mais il n'y a pas, dans la série des mammifères, un seul et même type structural du placenta ; il y a des types très différents, réunis par des formes de transition, et le placenta des carnassiers est précisément une forme de transition. M. D.

**Lymphknötchen in der Schleimhaut..... (Follicules lymphatiques dans les muqueuses de l'estomac, du larynx, de la trachée et du vagin), par DOBROWOLSKI** (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XVI*, *p. 43*).

L'auteur a recherché méthodiquement les follicules lymphatiques dans ces muqueuses. Il en détachait en différents points des morceaux de 1 à 2 centimètres carrés, qu'il débitait après durcissement en coupes sériées complètes.

*Œsophage.* — Il renferme rarement des follicules lymphatiques ; sur 11 animaux et 23 hommes, il trouve 11 œsophages (6 de chien et 5 de chat) où ils manquaient entièrement ; 3 œsophages où ils sont en très petit nombre, et 2 où ils sont très nombreux. Dans ce dernier cas, les follicules sont plus nombreux en haut et en avant ; ils sont rares dans la partie inférieure et postérieure du conduit.

*Estomac.*—Le plus souvent on trouve un petit nombre de follicules clos dans l'estomac humain; c'est au voisinage du pylore et du cardia qu'ils sont le plus nombreux même quand ils manquent partout ailleurs. Ils siègent toujours dans la muqueuse au-dessus de sa couche musculeuse ; ordinairement leur forme est lenticulaire ; ils écartent l'extrémité profonde des tubes glandulaires ; leur volume est de $0^{mm},3$ à 1 millimètre. Ils possèdent dans toutes les espèces animales étudiées une fente germinative centrale.

*Voies respiratoires.* — Le sinus piriforme, tantôt ne contient pas de follicules, mais seulement une infiltration de cellules ne formant pas de noyaux, tantôt il existe des amas nodulaires analogues aux follicules des amygdales. D'autres fois le tissu adénoïde constitue des follicules comme dans le larynx, enfin on peut le rencontrer sous formes d'amas de follicules. Dans le larynx sain, les follicules lymphatiques sont rares et ne se trouvent qu'en certains endroits (ventricule de Morgagni, plus rarement espace inter-aryténoïdien, partie inférieure de la face postérieure de l'épiglotte) ; mais ils se multiplient dans certaines affections catarrhales du larynx, qui à ce titre méritent le nom de laryngites folliculaires.

*Vagin.* — Dans trois vagins humains sains, le tissu adénoïde était répandu en couche uniforme sous l'épiderme et dans les papilles, çà et là il formait de petits amas noduleux ; mais ce fait n'est pas constant. Une autre fois il y avait un grand nombre de petits nodules. Chez la chatte et la chienne, le vagin renferme toujours beaucoup plus de nodules lymphatiques, qui sont aussi plus volumineux que chez la femme.

C. LUZET.

**Évolution et transformation anatomique de la cavité naso-pharyngienne, par ESCAT** (*Thèse de Paris, 1894*).

La cavité naso-pharyngienne du nouveau-né et de l'enfant a une forme très allongée dans le sens antéro-postérieur, qui la rapproche de celle du singe et du chien. L'exiguité du diamètre vertical des choanes rend l'obstruction de ces orifices plus facile que chez l'adulte. Chez la femme, le diamètre vertical est relativement plus faible que chez l'homme. Les variétés, chez l'adulte, comme forme et comme dimensions sont infinies; un grand nombre d'entre elles s'expliquent par une corrélation avec la configuration du crâne.

La surface sphéno-maxillaire est presque constamment pourvue d'une dépression, *fossette naviculaire*; la fossette pharyngienne est plus rare. Ces fossettes reçoivent l'insertion du recessus médian, formé par le confluent des sillons.

L'amygdale pharyngienne, en dehors de tout processus morbide, suit 3 phases physiologiques : *a*) progressive, de la vie fœtale à 1 ou 2 ans ; *b*) stationnnaire, jusqu'à 12 ans ; *c*) régressive, de 12 à 20 ans.

La bourse pharyngienne n'est pas une formation pathologique ; c'est une forme exagérée du recessus. A. CARTAZ.

**Ueber die mediane Schilddrüsenanlage bei Saügern (Schwein) [L'ébauche médiane de la glande thyroïde chez les mammifères (porc)] par M. JACOBY** (*Anat. Anz., X, 2, p. 49*).

Chez le porc, l'ébauche médiane de la glande thyroïde n'est pas impaire, mais est représentée par deux bourgeons latéraux que l'auteur décrit et figure d'après des coupes horizontales et d'après des coupes sagittales d'embryons de 19 jours. Il a vu aussi, chez un embryon beaucoup plus vieux (11 millimètres), l'ébauche médiane formée par deux cordons épithéliaux séparés, et ce fait au lieu d'être considéré comme le résultat de la division anormale d'une ébauche impaire, mérite dès lors d'être expliqué par un arrêt de développement. A. NICOLAS.

**Zur Kenntnis des Ciliarkörpers und der Iris bei Vögeln (Contribution à l'étude du corps ciliaire et de l'iris chez les oiseaux), par MELKICH** (*Anat. Anz., X, 1, p. 28*).

Il s'agit, dans ce travail, des nerfs du corps ciliaire étudiés par la méthode du bleu de méthylène. Dans cet organe, les appareils terminaux des nerfs se distinguent en trois catégories : 1° vasomoteurs, formés presque exclusivement de fibres sans myéline et dont les dispositions ne présentent rien de particulier ; 2° fibres motrices, surtout composées de nerfs à myéline et dont le mode de terminaison est bien connu ; enfin, 3° appareils terminaux sensitifs. Ceux-ci, tout à fait indépendants des nerfs vaso-moteurs ou moteurs, se présentent sous des aspects différents. Tantôt ils rappellent des arborisations terminales variqueuses, tantôt ils sont sarmenteux, avec des épaississements ou des plaques à l'extrémité des fibrilles. Leur situation est variable aussi. Les uns sont dans le voisinage de l'anneau élastique du muscle ciliaire et peuvent être considérés

comme des appareils sensitifs tendineux ; les autres sont sur les faisceaux musculaires.

La disposition des appareils terminaux moteurs, dans l'iris, vient confirmer l'opinion que sa musculature n'est pas décomposable en deux systèmes, dilatateur et constricteur. Une fibre nerveuse, en effet, peut innerver à la fois une fibre lisse circulaire et une fibre radiée. Quant aux nerfs sensibles de l'iris on doit distinguer deux appareils terminaux : un plexus postérieur situé superficiellement sous l'épithélium uvéal, et des arborisations libres logées plus profondément, c'est-à-dire plus près de la couche musculaire. Enfin, dans le corps ciliaire, comme dans l'iris, on trouve des cellules ganglionnaires annexées aux ramifications nerveuses. Dans l'iris elles sont toujours isolées. A. NICOLAS.

**Zur Entwicklung des Pankreas beim Schwein (Le développement du pancréas chez le porc), par WLASSOW** (*Morphologische Arbeiten, IV, 1, p. 66, 1894*).

Chez le porc on observe dans un stade précoce (embryon de 8 millim.) une ébauche pancréatique ventrale et une ébauche dorsale, celle-ci plus volumineuse que celle-là et plus ancienne aussi sans doute. Ces deux ébauches sont nettement bilobées. A l'origine la ventrale repose directement sur le canal cholédoque (conformément à l'opinion de Stoss et de Félix) ; plus tard elle s'y rattache par un conduit qui, par régression, ne tarde pas à disparaître (embryon de 2 centim.). Ces deux ébauches sont en relations intimes avec la veine omphalo-mésentérique droite, mais un examen attentif des faits permet de penser qu'elles sont, contrairement à ce qu'a soutenu Endres, tout à fait indépendantes au début et qu'elles ne dérivent pas d'une ébauche unique divisée secondairement en deux par la veine en question. A. NICOLAS.

**De l'existence de cellules en panier dans l'acinus et les conduits excréteurs de la glande mammaire, par E. LACROIX** (*C. R. Académie des Sciences, 29 octobre 1894*).

Toutes les cavités glandulaires, acini et conduits excréteurs de la mamelle, sont tapissées, à la face interne de leur membrane vitrée, au-dessous de l'épithélium, soit sécréteur, soit de simple revêtement, par des cellules également de nature épithéliale, ramifiées et anastomosées entre elles de façon à constituer un réseau absolument continu, à mailles à peu près régulièrement circulaires. Ces cellules sont identiques à celles que Boll a décrites dans la glande lacrymale et qui sont connues sous le nom de *cellules en paniers*. Plusieurs caractères de ces cellules permettent de les rapprocher des formations myo-épithéliales, notamment leur éclat gras spécial, la fibrillation délicate de la substance du réseau, et enfin la situation constante des noyaux à la surface et non dans le plein de ce réseau. L'auteur se demande donc si ces cellules en panier n'ont pas une importance capitale dans le mécanisme de la sécrétion glandulaire. Si l'on reconnaît en effet à ces cellules des propriétés contractiles, on conçoit le rôle qu'elles doivent jouer dans l'expulsion des produits de la sécrétion.

M. DUVAL.

**Étude histologique sur les vaisseaux lymphatiques de la glande mammaire, par Cl. REGAUD** (*Journal de l'anat. et de physiol., décembre 1894*).

Actuellement deux opinions sont en présence, relativement aux lymphatiques de la mamelle. Pour les uns (Waldeyer, Kolessnikow, Creighton, Sorgius), l'origine des lymphatiques est dans les espaces péri-acineux à l'intérieur du lobule, en contact intime avec les éléments sécréteurs; pour les autres (Langhans, Coyne), les lymphatiques ne pénètrent pas dans le lobule et n'ont avec les acinis que des rapports médiats. C'est cette dernière opinion que confirment, on va le voir, les nouvelles recherches.

L'auteur s'est servi d'injections interstitielles d'un liquide fixateur argentique (solution saturée d'acide picrique additionnée d'acide osmique et de nitrate d'argent), liquide sur les diverses formules et les avantages duquel il donne de précieux détails techniques. Il étudie les lymphatiques cutanés de l'aréole et du mamelon, ceux des gros conduits galactophores, et ceux de la glande proprement dite. Rien de particulier pour les lymphatiques cutanés. Ceux des conduits galactophores sont volumineux, à direction générale parallèle à celle de ces conduits, et munis d'anastomoses transversales. Ils n'arrivent pas au contact de la fine vitrée des tubes. Ils sont simplement des vaisseaux de passage entre les lymphatiques cutanés et les lymphatiques glandulaires. Une injection poussée par le mamelon remplit en effet des réseaux lymphatiques lobulaires très éloignés, et ce fait explique bien le développement des abcès du sein à la suite d'infections à point de départ cutané dans les cas de crevasse du mamelon.

Le système lymphatique de la glande proprement dite est tout entier extra-lobulaire ; il est en effet disposé dans les travées conjonctives interlobulaires sous forme d'espaces ou sacs et de canaux, qui tous sont revêtus de grandes cellules endothéliales très minces réunies par leurs bords. Jamais sacs ni canaux ne pénètrent dans le lobule. Tout au plus peut-on voir parfois une anse lymphatique grêle accompagner le galactophore dans le hile du lobule, mais c'est pour en ressortir aussitôt, en dessinant une courbe à cheval sur la bifurcation du canal excréteur. Cette exception apparente confirme la règle, car elle prouve que l'injection est capable de pénétrer dans le lobule, et que si elle ne dessine pas de lymphatiques autour des acini, c'est qu'il n'y en a pas. M. DUVAL.

**Sur la longueur de l'intestin, par DREIKE** (*Thèse de Jouriew, 1894*).

Dr. a examiné 104 intestins d'enfants et 65 d'adultes.

Chez les enfants, le sexe n'a aucune influence sur la longueur de l'intestin; chez les adultes, l'intestin est relativement plus long chez l'homme que chez la femme. L'intestin des enfants est relativement plus long que celui des adultes. Le rapport entre la longueur du gros intestin et de l'intestin grêle est plus grand chez les adultes que chez les enfants. Les processus pathologiques de l'intestin infantile ont pour conséquence son allongement. Chez les malades morts de tuberculose pulmonaire et des maladies cachectisantes, l'intestin est relativement court. Dr. n'a pu cons-

tater aucune influence de la nationalité sur la longueur de l'intestin.

H. FRENKEL.

**Sur la genèse de l'épithélium intestinal, par Étienne DE ROUVILLE** (*C. R. Acad. des Sciences, 7 janvier 1895.*)

Dans ces études, faites sur des insectes et des crustacés, l'auteur a vu qu'il n'y a pas une limite aussi nette qu'on le croit entre le tissu conjonctif et l'épithélium qui repose à sa surface ; il lui a même été possible d'assister au passage des noyaux du tissu conjonctif, qui, peu à près, après s'être divisés amitotiquement, s'entouraient d'une couche protoplasmique et se glissaient au-dessus des cellules épithéliales sur le point de tomber dans la lumière de l'intestin. Il pense donc que la régénération de l'épithélium a pour source le tissu conjonctif sous-jacent. M. DUVAL.

**Zur Kenntniss der Haarwurzelscheiden (Contribution à l'étude de la gaine radiculaire des poils), par A. v. BRUNN** (*Arch. f. mik. Anat., XLIV, 2, p. 207.*)

1° *Gaine externe.* — Les cellules les plus superficielles de cette gaine ont la forme d'une demi-lentille biconvexe très plate dont une partie du bord aurait été coupée parallèlement au plan de section. Les éléments les plus profonds sont tout à fait aplatis. Toutes ces cellules sont unies entre elles par des ponts protoplasmiques présentant sur le milieu de leur trajet un petit épaississement. Elles présentent également la structure fibrillaire décrite par Kromayer dans les cellules de la couche de Malpighi. Dans les couches superficielles, ces fibrilles sont perpendiculaires à la membrane vitrée, elles sont rayonnées dans les couches moyennes et circulaires dans la couche interne ;

2° *Gaine interne.*— Conformément à l'opinion de Ranvier, les éléments de la couche de Henle sont tous nucléés. Les noyaux sont plus petits et plus minces dans les cellules cornées que dans les autres, mais ils ne manquent dans aucune, même dans les cellules déjà desquamées qu'on trouve au-dessus du bord libre de la gaine interne, entre l'épiderme du bulbe et le poil lui-même.

Les trous décrits entre les éléments de la gaine de Henle sont parfaitement normaux et constants. Ils logent des prolongements des cellules de la couche de Huxley.

Entre les éléments munis de kératohyalin et les plus supérieurs qui sont arrivés au terme de leurs transformations, il existe une zone de passage caractérisée par des cellules qui ne se colorent pas. Enfin, l'on observe des grains d'éléidine même dans la cuticule de la gaine, mais sur une petite étendue et à partir seulement d'une grande distance au-dessus du fond du bulbe (1 millimètre). Cette substance se présente sous des aspects différents suivant les régions, tantôt sous l'aspect de sphérules, tantôt sous celui de bâtonnets ou de fibrilles, différences qui tiennent peut-être à des variétés dans la texture du protoplasme.

A. NICOLAS.

**Ueber das Platysma des Menschen..... (Le peaucier du cou chez l'homme, son entrecroisement et ses rapports avec le transverse du menton et le triangulaire), par W. SCHMIDT** (*Archiv f. Anat. u. Physiol.; Anat.; Abth., 5-6, p. 269, 1894*).

Ce mémoire renferme d'abord la description, accompagnée de figures, de 37 cas où les peauciers sont soigneusement étudiés dans leurs rapports réciproques et dans leurs rapports avec les deux muscles du menton indiqués par le titre. L'auteur compare ensuite ces cas et en dégage quelques conclusions dont voici les principales.

Ce qui frappe surtout, c'est l'extrême variabilité de ces muscles. Elle est telle qu'on ne saurait dire quelle est la disposition normale. Le transverse du menton paraît devoir son existence à l'entrecroisement des faisceaux du peaucier. Quant aux faisceaux qui, du peaucier ou du transverse, vont à la commissure des lèvres, ils n'appartiendraient pas en propre au triangulaire, mais bien réellement au peaucier lui-même.

A. NICOLAS.

**Das Os intermedium antebrachii des Menschen, par G. THILENIUS** (*Morphologische Arbeiten, V, 1*).

L'auteur a examiné 126 mains d'embryons humains du deuxième au quatrième mois. Il a trouvé au deuxième mois et dans 65 0/0 des cas un noyau cartilagineux, indépendant et bien limité, situé entre le radius, le cubitus et les pièces de la première rangée du carpe. Ce noyau se développe au côté distal de l'ébauche du ménisque mais indépendamment d'elle et, lorsque la fente articulaire radio-carpienne a fait son apparition, il demeure au côté proximal de cette fente.

Au troisième mois, ce noyau ne s'observe plus que dans 50 0/0 des cas. Sa fréquence diminue encore au quatrième mois (30 0/0). Chez l'adulte, il n'a été rencontré qu'une seule fois (Pfitzner) et à l'état de noyau osseux. Cette diminution tient à ce que cet élément cartilagineux régresse et disparaît sans laisser de trace, ou bien à ce qu'il peut se souder à l'apophyse styloïde du cubitus. De plus, il subit aussi au cours de son évolution d'autres changements; il peut être englobé dans le ménisque articulaire ou, ce qui est presque la règle, s'éloigner de l'apophyse styloïde du cubitus pour se rapprocher du radius.

Cette pièce squelettique mérite tout à fait le nom *d'os intermédiaire de l'avant-bras*. On la rencontre, pas cependant d'une façon constante, chez certains anthropoïdes (os de Camper) et marsupiaux. Son évolution chez l'embryon humain permet de la ranger à côté des os sésamoïdes ou de certains carpiens, de la considérer en somme comme une pièce squelettique rudimentaire. Elle représente vraisemblablement le vestige d'un élément phylogénétiquement très ancien. A. NICOLAS.

**Sur le mode de formation des articulations, par Éd. RETTERER** (*Soc. de biologie, 29 décembre 1894*).

Toute articulation débute par un stade où les segments en présence sont reliés par un tissu conjonctif compact qui établit leur continuité. Tandis que beaucoup d'articulations restent dans cet état, on voit dans les articulations dites *mobiles* ce tissu conjonctif persister uniquement au

niveau des capsules articulaires, des ligaments, pour devenir tissu fibreux, fibro-cartilagineux ou même osseux. Mais sur les points où les segments squelettiques arrivent au contact, leurs rapports de continuité se transforment en rapports de contiguité, parce que le mince liséré de tissu conjontif intermédiaire disparaît par évolution muqueuse, son résidu constituant la première synovie dans l'interstice des couches dures ou fente articulaire. En d'autres termes, toute diarthrose passe primitivement par un état transitoire que l'on peut comparer à une amphiarthrose.

DASTRE.

**Das Hüftgelenk und der Luftdruck (L'articulation de la hanche et la pression atmosphérique), par A. GERKEN** (*Anat. Anz.*, *X*, *1*, *p. 35*).

L'auteur s'élève contre la théorie des frères Weber admise partout actuellement sans contestation. On ne saurait conclure d'expériences cadavériques à ce qui se passe sur le vivant. Il montre que sur des chiens curarisés il suffit de trancher les insertions des muscles périarticulaires pour pouvoir extraire ensuite facilement la tête du fémur. C'est qu'en effet si les parois de l'articulation sont rigides sur le cadavre et si l'on peut alors comparer la tête du fémur à une boule enchâssée dans une cavité solide, il n'en est pas de même sur le vivant. Ici il existe des parties molles (arrière-fond de la cavité et ligament rond) souples, très vasculaires, susceptibles par suite de changer de volume ; il existe surtout un liquide, la synovie, dont l'abondance, sur le vivant, est considérable. Ce liquide est à une pression qui oscille (chez le chien) entre 4 et 10 millimètres de mercure et se trouve, par suite, suffisante non seulement pour équilibrer la pression atmosphérique, mais encore pour lui faire échec puisqu'elle lui est supérieure. En somme, l'élasticité musculaire entre surtout en jeu pour maintenir les surfaces en contact. Ce qui le prouve enfin ce sont les cas de luxation spontanée survenant à la suite de paralysie.

A. NICOLAS.

---

# PHYSIOLOGIE.

**La température du cerveau, par A. MOSSO** (*Arch. ital. de biologie*, *XXII*, *p. 264*, *et vol. in-8°*, *Milan*, *1894*).

Il s'agit d'un travail considérable et qui se prête mal à une brève analyse. Il comprend quatorze chapitres. Le premier est consacré à la thermométrie cérébrale. L'auteur emploie des thermomètres construits par Baudin (de Paris) permettant la lecture à l'œil nu en centièmes de degré. La lecture faite au microscope permet d'apprécier 1/2500 de degré. Ces thermomètres sont introduits entre les deux hémisphères par une ouverture de trépan, chez le singe et le chien, ou dans d'autres régions, ou même dans la carotide. Le chapitre II traite de l'irradiation calorifique à

travers le crâne. En hiver le cerveau des chiens est plus froid que le rectum de 0°,458 et en été seulement de 0°,033. Le cerveau moins protégé se refroidit plus rapidement ; la température diminue post mortem, celle du rectum augmente. Le chapitre III s'occupe du développement de chaleur dans le cerveau par irritation mécanique : l'auteur ne paraît pas d'accord avec les physiologistes qui admettent l'existence de centres thermiques cérébraux. Le chapitre IV est intitulé : la température du cerveau dans la fièvre. La température du cerveau n'est jamais supérieure à celle du rectum, dans la fièvre. Il y a des cas singuliers où le cerveau est plus froid que le sang artériel de 0°,10 à la suite de la trachéotomie, par exemple, auquel cas le sang artériel, près du cœur peut se refroidir de 1 degré en 17 minutes. A la suite de l'irritation électrique ou de l'asphyxie la température du cerveau peut être considérablement augmentée (de 0°,40) tandis que s'abaisse celle du sang. Il y aurait dans le cerveau deux processus thermogénétiques, l'un nutritif ou trophique, l'autre fonctionnel. Les causes de l'hyperthermie cerébrale sont complexes : réactions opératoires, irritation mécanique du cerveau, action des excitants, curare, laudanum, etc. L'élévation maxima a été de 39 degrés à 42°,10 sous l'action de causes nerveuses. Dans le chapitre V, Mosso étudie le réchauffement cérébral par l'action des courants induits. Chez un animal paralysé par section de la moelle la température du cerveau peut s'élever de 0°,08 sans qu'il se produise aucun changement thermique du sang ou du rectum. Le chapitre VI est réservé à la température cérébrale dans les accès épileptiques, provoqués par la faradisation de l'écorce (zone épileptogène d'Albertoni, circonvolution postérieure au sillon croisé). Il y eut accroissement de 0°,05 dans un accès survenu 8 minutes après la fin de l'excitation, la température rectale restant constante. Chapitre VII : action des excitants : cocaïne, atropine, alcool, strychnine, café, absinthe. Avec le chloroforme (période d'excitation) il y a production de chaleur, de même avec la cocaïne à petite dose, sans réchauffement du rectum. La parésie profonde et l'insensibilité apparaissent quand le cerveau atteint 39°,9. Les fonctions psychiques ne sont pas en étroit rapport avec la température du cerveau. Les anesthésiques et les narcotiques modifient d'abord la température du cerveau et ensuite celle des autres organes. Le café accroît la température cérébrale seule, la strychnine augmente aussi celle du rectum ; avec l'absinthe pendant l'accès épileptique, le sang et le rectum s'échauffent tandis que le cerveau se refroidit. Chapitre VIII : conflagrations organiques et phénomènes thermiques du métabolisme cérébral. Les plus fortes augmentations de la température cérébrale ne correspondent pas à l'activité psychique et motrice du cerveau. Il se produit de fortes augmentations de la température cérébrale sans modification de l'activité psychique ou motrice du cerveau et *vice versa*, pas de changement thermique pendant les périodes de grande activité cérébrale. Un autre fait d'apparence paradoxale, c'est qu'il y a diminution de la température dans les muscles durant l'accès épileptique produit par l'absinthe. Le muscle, de même, peut se réchauffer, alors qu'il ne fonctionne pas. Chapitre IX : anémie du cerveau et asphyxie. L'anémie élève la température cérébrale et rectale ; de même l'asphyxie. Dans le sommeil chloralique le cerveau se refroidit plus que le sang et d'abord plus chaud que lui devient plus

froid. Chapitre X : les phénomènes psychiques et les phénomènes de mouvement étudiés dans leur rapport avec la température du cerveau. Chez l'homme et chez le singe les phénomènes psychiques peuvent se dérouler, sans que l'augmentation de chaleur produite dans le cerveau égale la millième partie d'un degré, de même pour des accès épileptiques. Chapitre XI : observations faites sur la température du cerveau chez l'homme. Chez un malade, le thermomètre était introduit dans la scissure de Sylvius, et on observait l'état de veille et de sommeil. Chapitre XII : la circulation du sang dans le cerveau de l'homme. Cette étude est faite en inscrivant simultanément les courbes pléthysmographiques du cerveau, du bras et du pied dans différentes conditions, par exemple dans le cas d'administration du chloroforme. Chapitre XIII : action du chloroforme sur le cerveau de l'homme. Le refroidissement du cerveau est plus grand que celui du rectum ; le cerveau continue à se refroidir lorsque la conscience se rétablit. L'action paralysante du chloroforme sur le métabolisme cérébral continue alors que les processus psychique et moteur sont rétablis. Il y a d'abord production de chaleur pendant la période d'excitation. Les anesthésiques suspendent les processus thermiques du système nerveux. Cette action est si prépondérante que les excitants les plus énergiques comme la cocaïne et la strychnine sont vaincus et rendus inefficaces par le chloroforme et l'éther. Chapitre XIV : température du cerveau dans le sommeil normal de l'homme et dans le sommeil artificiel produit par les narcotiques. Le sommeil apparaît sans que la température du cerveau se modifie notablement : de même le réveil se fait sans changement de température. D'autre part on observe des élévations qui, au cours du sommeil, se produisent sans s'expliquer par des phénomènes chimiques concomitants. Dans le sommeil produit par le laudanum et le chloral chez l'animal, on voit une forte augmentation thermique dans la première période du sommeil. Puis le cerveau se refroidit plus lentement que le rectum, et les courants électriques ne peuvent plus produire de chaleur dans l'organe central. DASTRE.

**Sur les centres optiques cérébraux, par HENSCHEN** (*Revue générale d'opht.*, *août 1894*).

L'auteur se sert de la méthode anatomo-clinique pour ses recherches sur la localisation du centre optique et sur sa limitation ; mais la méthode des dégénérescences peut contrôler l'exactitude des résultats. Pour lui, le centre optique est limité à la scissure calcarine ; la voie optique occipitale est située dans la partie inférieure de la radiation optique, et forme là un faisceau ayant de quelques millimètres jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur. Une hémianopsie donc se produit seulement, s'il y a une lésion de ce faisceau ou de l'écorce calcarine. L'auteur n'admet pas la localisation du centre optique au lobe pariétal : pour lui, une lésion corticale du lobe pariétal ne provoque une hémianopsie que quand elle touche le faisceau visuel dans la partie inférieure de la radiation optique. De même, une lésion bilatérale du précunéus et du lobe temporal ne provoque pas de cécité, si elle n'attaque pas le faisceau optique. Le centre optique est donc limité au lobe occipital. Les lésions de la surface interne du lobe occipital ne produisent pas toujours l'hémianopsie ; mais

il faut pour cela une destruction de l'écorce calcarine ou du faisceau optique qui unit le corps genouillé à cette partie du lobe occipital, faisceau qui se trouve dans la partie inférieure de la radiation optique. Pour Henschen, le centre des couleurs et de la lumière coïncident. Les deux faisceaux, croisés et directs, sont représentés dans l'écorce de la scissure calcarine. La macula lutea doit se trouver dans la partie antérieure de la scissure calcarine. Il y a une projection dans l'écorce cérébrale de la scissure calcarine, et par conséquent, on peut parler d'une rétine corticale ; dans cette rétine cérébrale on a la macula lutea plus en avant, le champ périphérique dans le méridien horizontal plus en arrière ; la lèvre supérieure correspond à la partie dorsale de la rétine du lobe oculaire. Les deux faisceaux, le croisé et le direct, sont représentés dans cette surface et leurs éléments sont probablement placés les uns à côté des autres. La rétine cérébrale est en même temps une rétine pour les impressions des couleurs. ROHMER.

**Ueber den Hund ohne Grosshirn (Le chien sans cerveau), par H. MUNK** (*Archiv f. Physiologie, p. 355, 1894*).

L'auteur cherche à prouver que les phénomènes soi-disant psychiques, présentés par le chien auquel Goltz avait extirpé les hémisphères cérébraux, étaient de purs réflexes, et que les sensations visuelles, auditives, gustatives et tactiles, admises chez lui par Goltz, n'existaient pas.

LÉON FREDERICQ.

**De l'antagonisme qui existe entre chaque effort de l'attention et des innervations motrices, par Marie DE MANACÉINE** (*Arch. ital. de biologie, XXII, p. 241*).

L'auteur signale la coïncidence fréquente de l'affaiblissement de la mémoire avec l'affaiblissement du système musculaire volontaire, par exemple dans les maladies aiguës infectieuses, scarlatine, rougeole, typhus, etc., fait déjà remarqué au temps de Thucydide pour la peste d'Athènes. De même pour les maladies chroniques. Les perceptions sensorielles qui s'accompagnent de mouvements se fixent mieux dans la mémoire (Lotze). Les mouvements ou les innervations motrices seraient des conditions nécessaires de la mémoire : les nuances des couleurs ne se gravent dans la mémoire qu'à la condition d'être associées avec des mouvements (prononciation des noms de ces nuances). L'attention comme l'a montré Hume, est intermittente ; chaque fixation de l'attention est accompagnée de la sensation d'un effort, comme si c'était un acte moteur ou d'innervation motrice (Fechner) et cette intermittence de l'attention a été expliquée par un acte de fatigue musculaire (Descartes, Bain, Maine de Biran, etc.) ; contrairement à cette observation, l'auteur croit à un antagonisme entre l'attention et les innervations motrices ; il y a immobilité, ralentissement de la respiration ; et d'autre part l'attention est interrompue par la respiration (Lehmann). Les mouvements des paupières se ralentissent (Osborne). L'auteur a constaté dans ces cas, 5 battements au lieu de 24 en cinq minutes. Chaque effort d'attention est accompagné d'un élargissement des pupilles. De même l'ouverture de la bouche est un signe d'attention ; les hommes à système musculaire développé, les

athlètes sont peu capables d'attention. L'auteur a entrepris des expériences qui concluent dans ce sens, au moyen du pléthysmographe. Les mouvements, cris, gémissements, en brisant notre attention nous rendent moins sensibles à la douleur. Le canard décapité à la cinquième vertèbre cervicale, ne peut se tenir debout; mais plongé dans l'eau il nage : une impression qui le surprend au repos le met en mouvement et réciproquement (Tarchanoff). La mémoire et l'attention se comportent donc inversement quant aux mouvements et aux innervations motrices et inversement l'une par rapport à l'autre. DASTRE.

**La graphique psychométrique de l'attention, par M.-L. PATRIZI** (*Archives ital. de biologie, XXII, p. 189, et Accad. di med. Torino, 2 mars 1894*).

Il y a un rapport étroit entre la durée de l'acte psychique et le degré de l'attention. L'auteur a essayé d'étudier la courbe de l'attention de la même manière que l'on étudie celle de la fatigue musculaire, en assujettissant un individu à une série d'excitations d'égale intensité à courts intervalles, et en lui enjoignant de concentrer au plus haut point son attention et d'indiquer le plus vite possible le moment où il percevait chacune d'elles. Il constitue ainsi la courbe psychométrique de l'attention d'une personne. La réaction est, comme l'a dit Lange, différente suivant que l'attention est dirigée sur l'organe sensoriel ou sur le mouvement de la main qui donne le signal. L'auteur vérifie ce point. DASTRE.

**Sur la sensation de localisation et sur la mémoire de cette sensation, par W. BART** (*Thèse de Youriew, 1894*).

Travail du laboratoire du professeur Tchige. La localisation des excitations tactiles est basée sur les différences de sensations qui dépendent de l'endroit où a lieu l'excitation. Cette localisation est assez précise et, s'il y a des erreurs, la plus grande partie de ces erreurs dépend de l'erreur du sens musculaire dans la main qui indique l'endroit excité. Le procédé proposé par l'auteur et sur lequel nous ne pouvons insister ici permet d'éviter les irrégularités dans la grandeur et la direction des erreurs de localisation des points excités. Les impressions dues à la sensation du point excité persistent seulement une minute, sauf si elles sont retenues par la mémoire, grâce aux rapports du point excité avec d'autres points connus, auquel cas ces impressions se conservent dans la mémoire assez longtemps, sans changement notable. H. FRENKEL.

**Sullo sviluppo istologico della corteccia cerebellare in rapporto alla facoltà della locomozione, par Aurelio LUI** (*Rivista sper. di freniatria e med. leg., XX, p. 218*).

Par l'examen du cervelet de jeunes sujets de diverses espèces animales au moyen soit des réactifs colorant les noyaux, soit de la méthode de Golgi, l'auteur a constaté que la faculté de marcher et de se tenir debout ne se montre que lorsque l'écorce du cervelet a acquis un certain développement. Les divers éléments qui composent l'écorce cérébelleuse se comportent différemment à ce point de vue; d'après Lui ce seraient surtout les cellules de Purkinje et les cellules situées dans la partie la plus pro-

fonde de la zone externe granuleuse qui présenteraient, au point de vue de leur développement, des relations avec les fonctions de la marche.

PIERRE MARIE.

**Effets de l'excitation du bout central du vague après arrachement du spinal, par BISCOUS et MOURET** (*Soc. de biol. 8 décembre 1894*).

L'excitation du bout central du vague arrête la respiration en expiration. L'extirpation du spinal d'après P. Bert ne modifierait pas cette propriété : elle la ferait disparaître d'après Consiglio, chez les lapins et les chats. Les auteurs reprennent la question et constatent contrairement Consiglio et conformément à P. Bert le maintien de la propriété d'arrêter la respiration en expiration.

DASTRE.

**Die Innervation der Zungengefässe (L'innervation des vaisseaux de la langue), par P. ISENGRIN** (*Arch. f. Physiol., p. 44, 1894*).

L'auteur utilise la vitesse d'écoulement du sang de la veine linguale (les voies collatérales ayant été liées), comme indice de l'état de dilatation ou de rétrécissement des vaisseaux, tant dans la circulation sanguine ordinaire que dans la circulation artificielle de sang défibriné. Il arrive au résultat suivant :

*Nerf hypoglosse.* Action vaso-constrictrice empruntée au grand sympathique par le ganglion cervical supérieur.

*Nerf lingual.* Action vaso-dilatatrice empruntée en entier à la corde du tympan, ne provenant pas du grand sympathique.

*Nerf glosso-pharyngien.* Fibres vaso-dilatatrices ne provenant pas du grand sympathique se distribuant surtout à la base de la langue, mais aussi en partie à la pointe.

*Grand sympathique cervical.* Contient à la fois des filets dilatateurs qui se rendent directement aux vaisseaux de la langue et des filets constricteurs dont une partie au moins emprunte la voie de l'hypoglosse.

L'excitation du sciatique pratiquée chez le chien provoque une dilatation réflexe (par le lingual et le glosso-pharyngien surtout) des vaisseaux de la langue.

Chez le chat, l'excitation du sciatique provoque d'abord une vaso-dilatation de la langue (lingual et glosso-pharyngien) à laquelle succède bientôt une vaso-constriction (hypoglosse et grand sympathique).

LÉON FREDERICQ.

**Further observations on the secreting and vaso-motor fibres, etc., par J.-N. LANGLEY** (*The Journ. of physiol., XVII, p. 296*).

L'origine des nerfs sécréteurs pour le membre inférieur varie avec l'arrangement du plexus lombo-sacré. De même l'aire alimentée par les dernières paires lombaires et sacrées varie avec l'arrangement de ces nerfs. La stimulation de la partie inférieure du sympathique lombaire produit quelquefois une légère sécrétion de la patte opposée, par suite d'une décussation dans les ganglions sacrés. Chaque ganglion sympathique peut être regardé comme un centre primaire. Les fibres qui en émanent vont se joindre au nerf spinal correspondant et l'accompagnent

pour se distribuer à tous les organes que ces fibres innervent. Toute fibre issue d'une cellule sympathique n'en rencontre pas d'autre sur son trajet. Les cellules des plexus de Meissner et d'Auerbach ne sont pas du type des cellules sympathiques. Les fibres qui vont de la moelle aux ganglions sympathiques unissent des cellules, comme les fibres du faisceau pyramidal unissent des cellules corticales à des cellules médullaires. Ces fibres deviennent pilo-motrices, vaso-motrices ou sécrétoires suivant que les fibres issues des cellules sympathiques où elles finissent vont se rendre dans les muscles érecteurs des poils, ou des vaisseaux sanguins, ou dans les glandes sudoripares. DASTRE.

**Le sympathique cervical concourt, avec des fibres constrictives et dilatatrices, à l'innervation des vaisseaux cérébraux, par E. CAVAZZANI** (*Arch. ital. de biol.*, *XXII*, *p. 88*).

On découvre, chez un lapin, les deux carotides ; dans le bout périphérique de l'une on introduit un manomètre enregistreur donnant la pression dans l'hexagone de Willis, la carotide externe étant liée. Quand on ferme la carotide de l'autre côté, la pression de l'hexagone s'abaisse, mais ensuite elle se relève peu à peu, grâce à l'afflux collatéral par des vaisseaux qui se dilatent activement (vertébrale). Si avant de fermer la carotide on sectionne tous les filets sympathiques, l'abaissement de pression déterminé par la fermeture de la seconde carotide est définitif. La pression ne s'élève plus, à moins que l'on n'excite le sympathique qui dilate les voies collatérales. DASTRE.

**Ueber die Hemisektion des Rückenmarkes bei Hunden (Hémisection de la moelle chez le chien), par F. BOTTAZZI** (*Cent. f. Physiologie*, *VIII*, *p. 530*, *1894*).

Hémisection à droite de la moelle dorsale chez le chien. Paralysie, puis parésie et ataxie durable du membre inférieur à droite, parésie transitoire à gauche. Altération de la sensibilité tactile et thermique à droite, atténuation de la sensibilité douloureuse des deux côtés. Pas d'hyperesthésie. Description des altérations anatomiques constatées à l'autopsie. L'auteur conclut de ses expériences qu'il faut rejeter la doctrine de l'entrecroisement total des innervations sensibles dans la moelle.

LÉON FREDERICQ.

**L'excitabilité de la zone motrice après la section des racines spinales postérieures, par S. TOMASINI** (*Arch. ital. de biologie*, *XXII*, *p. 63*).

La zone rolandique a des rapports intimes avec la racine motrice et aussi des rapports physiologiques avec la racine sensitive. Bubnof, Heidenhain et Exner ont étudié les variations d'excitabilité de la zone motrice à la suite d'excitations sensitives périphériques. L'auteur sectionne 6 à 8 racines postérieures d'un côté. L'excitation de l'écorce, dans la première série d'expériences, était faite avant et après l'opération. Dans d'autres, après la guérison de la plaie. L'excitabilité de la zone rolandique est augmentée dans le premier cas ; elle est diminuée quand l'excitation se fait plus tard dans la période de dégénérescence des fibres sectionnées, et les centres moteurs ont une moindre étendue excitable.

L'intégrité de la sensibilité générale est une condition nécessaire pour la production des mouvements normaux et provoqués. Les mouvements provoqués par l'excitation corticale après la section des racines sensitives ne sont pas coordonnés. Il y a une véritable ataxie cérébrale. La contraction des muscles privés de l'innervation sensitive ne se fait pas de la même manière ; elle est prolongée, tonique. Il existe, non seulement une synergie fonctionnelle spinale entre racines motrices et racines sensitives, mais encore une synergie fonctionnelle cérébrale entre fibres des sens et fibres des mouvements. Les expériences précédentes tendent à faire admettre dans l'écorce cérébrale des zones mixtes sensitivo-motrices.

DASTRE.

**Contribution à la loi de Bell et Magendie touchant les racines sensitives spinales, par B. BOCCI** (*Arch. ital. de biologie, XXII, p. 61*).

On rend analgésique le membre postérieur de la grenouille en sectionnant les racines sensitives spinales de la 7e, 8e, 9e paire (lombaire), qui constituent le nerf sciatique. La 7e paire se distribue à la peau qui revêt le triceps fémoral ; la 8e paire à la peau qui revêt les muscles tibial et péronier ; la 9e paire à la peau qui recouvre le gastro-cnémien. On s'en assure en explorant la sensibilité à la douleur avec l'acide acétique ou le pincement, et la sensibilité tactile après avoir donné de la strychnine à l'animal. DASTRE.

**I. — Ueber die angebliche trophische Wirkung..... (Sur la prétendue action trophique de quelques ganglions sympathiques et spinaux), par S. SALVIOLI** (*Centralbl. f. Physiol., VIII, p. 322, 1894*).

**II. — Die Unterscheidung..... (Distinction entre les changements trophiques et les déchirures musculaires), par J. GAULE** (*Ibid., VIII, p. 162, 1894*).

I. — L'auteur est d'accord pour nier avec Hering l'action trophique attribuée par Gaule aux ganglions sympathiques ou spinaux du lapin. Des expériences analogues pratiquées sur des pigeons ou des poulets montrèrent que l'excitation des ganglions spinaux des racines du sciatique n'a pas d'effet trophique sur les muscles des pattes.

II. — L'auteur cherche à réfuter les objections faites à l'action trophique admise par lui des ganglions spinaux et sympathiques. LÉON FREDERICQ.

**Ueber die allgemeine Localisation der Reflexe, par JENDRASSIK** (*Deutsche Archiv f. klin. Med., LII, p. 569, 1894*).

Jendrassik classe en trois groupes les réflexes :

1er Groupe. — *a*) *Réflexes physiologiques spinaux*, ou réflexes profonds ; tels sont les réflexes tendineux, musculaire, périostique, osseux, articulaire et bulbo-caverneux. Ils ont les caractères suivants : leur point de départ est en des endroits peu sensibles ; le mouvement réflexe ne provoque pas de sensation spécifique, une simple action mécanique (coup) le met en jeu. Leur intensité dépend des individus, mais pas autant que dans le second groupe ; une grande excitation produit un grand effet ; on peut les provoquer sur soi-même aussi facilement que chez les autres, la période de latence est au minimum ; le mouvement produit est très simple ; le tra-

vail musculaire les exagère, ainsi que les paralysies cérébrales (après quelque temps), les influences psychiques sont sans effet sur eux. — *b*) *Réflexes pathologiques spinaux* (mouvement de flexion, plus rarement d'extension des membres inférieurs). Caractères : Ils sont provoqués en tout point du corps, même sur la peau ; ils ne provoquent pas de sensation : la pinçure, la piqûre les provoquent quand elles durent longtemps ; l'effet dépend de la durée de l'excitation ; la période de latence est assez longue, variable ; le mouvement est toujours semblable et occupe tout le membre où portait l'excitation. Elles ne se rencontrent que dans les sections transversales complètes de la moelle. Les influences psychiques sont sans action sur eux. — *c*) *Réflexes vaso-moteurs* (vaisseaux, pupilles).

2° Groupe : *Réflexes cérébraux* (cutanés) ; tels sont les réflexes scapulaire, abdominal, crémastérien, scrotal, fessier, plantaire, auriculaire, palpébral, palatin, conjonctival, anal. Caractères : Ils naissent d'endroits très sensibles, les points les moins exposés aux contacts sont les plus sensibles. Ils s'accompagnent d'une certaine sensation. Le principal objet de l'excitation est de provoquer une certaine sensation ; l'action ne doit pas être si courte que dans le premier groupe. Souvent un contact faible provoque plus d'effet qu'un fort ; l'individualité a une grande influence. On les provoque difficilement ou mal sur soi-même. La période de latence est plus longue que dans le premier groupe, pas aussi constante ; elle dépend du temps de la sensation. Le mouvement provoqué est assez simple ; mais c'est un mouvement de fuite ; le travail musculaire les diminue ou reste sans influence sur eux. Les paralysies cérébrales les diminuent ; quand les sensations sont ralenties, ces réflexes sont retardés. Les influences psychiques peuvent les abaisser ou les exagérer. (Influence de l'attention et de l'inattention).

3e Groupe : *Réflexes à centres spéciaux* (plus compliqués) ; tels sont les réflexes nasal (éternuement), uvulaire (vomissement), guttural (déglutition), laryngien (toux), vésical (miction), rectal (défécation), génital (éjaculation). Caractères : Ils partent de points bien sensibles ; ils s'accompagnent d'une sensation spéciale, qui joue encore un plus grand rôle chez eux que dans le second groupe. Ils ne sont mis en jeu que par l'excitation la plus longue ; l'individualité a une grande influence. Ils sont automatiques ; mais il y a des excitations spécifiques. La période de latence est au maximum. Le mouvement provoqué est très compliqué, bilatéral, emploie plusieurs groupes de muscles, quelquefois aussi met en jeu leurs antagonistes. Le travail musculaire les diminue dans une certaine mesure ; dans les affections cérébrales, ils sont élevés ou abaissés ; les influences psychiques ont une grande action sur eux. Les réflexes de ce groupe appartiennent aux fonctions végétatives. C. LUZET.

**Ueber das Verhalten von..... (Sur la façon dont se comportent les organes nerveux terminaux après la section des nerfs correspondants), par Benno BAGINSKY** (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXXVII*, *3*).

1° B. Baginsky a sectionné sur 9 lapins le nerf glosso-pharyngien et, après un temps variable, a examiné les papilles foliées et caliciformes. Dans tous les cas, il a constaté que les bourgeons du goût restent intacts,

c'est-à-dire qu'ils conservent leur structure normale. Quel que soit le laps de temps qui s'écoule à partir de l'opération, on ne voit survenir ni dégénération ni disparition des cellules gustatives. Les segments périphériques des nerfs sectionnés sont, par contre, le siège d'une dégénérescence des plus prononcées.

2° En détruisant l'un des lobes olfactifs de *jeunes* lapins, Baginsky parvint à conserver 5 lapins vivants, de 13 à 68 jours. L'examen de la muqueuse olfactive du côté opéré et du côté intact montra : 1° qu'après la section du lobe olfactif, toute la muqueuse olfactive s'atrophie, l'épithélium aussi bien que la couche sous-muqueuse ; 2° que les cellules olfactives, ainsi que les cellules de soutien sont dégénérées. Cependant l'atrophie ne s'étend pas sur la région olfactive.

Ces lésions semblent surtout dépendre de l'ablation de l'artère ethmoïdale postérieure, qui disparaît par le fait de l'opération. Il est très probable qu'après la destruction de cette artère, la muqueuse olfactive est moins bien nourrie, de sorte qu'il faut mettre sur les troubles nutritifs, consécutifs à l'opération, les altérations de la muqueuse nasale.

ED. RETTERER.

**Note on the degenerations of the roots of the 5th nerve, par Rubert BOYCE** (*The Journ. of physiol.*, *XVI*, *p. 156 et 894*).

L'auteur a trouvé que l'ablation d'un hémisphère, une hémisection du mésencéphale dans la région des tubercules quadrijumeaux amènent une dégénération descendante de la racine descendante de la 5e paire. Le système descendant efférent de la 5e paire est une partie du système efférent des segments plus élevés ; c'est, en fait, une racine mixte. Il n'y a pas de connexion, comme le prétend Hösel, entre les fibres pyramidales et le noyau sensitif de la 5e paire. DASTRE.

**Ueber die Hemmungshypothese in der Athmungsphysiologie (L'hypothèse de l'inhibition dans la théorie de l'innervation respiratoire), par W.-T. PORTER** (*Centr. f. Physiologie*, *VIII*, *p. 593*, *1894*).

L'hémisection de la moelle, pratiquée à la région cervicale supérieure supprime la respiration thoracique du même côté. Il ne s'agit pas d'une inhibition du centre du phrénique du même côté, comme l'admettent les adversaires du centre respiratoire bulbaire. En effet, dès qu'on sectionne le phrénique de l'autre côté, la respiration thoracique supprimée du côté de l'hémisection médullaire, reprend de ce côté. Il y a dans ce cas entrecroisement au niveau du centre du phrénique des innervations émanant du centre respiratoire bulbaire.

L'auteur rejette la doctrine des centres respiratoires spinaux défendue par Brown-Séquard, Langendorff et Wertheimer. LÉON FREDERICQ.

**Die Bewegung und Oxydation..... (Mouvement et oxydation du sucre, de la graisse et de l'albumine sous l'influence des échanges respiratoires), par H.-J. HAMBURGER** (*Archiv f. Physiol.*, *p. 419*, *1894*).

Si l'on fait passer un courant d'oxygène à travers du sang défibriné, on constate que l'albumine, le sucre, la graisse et l'alcali passent en quantité

notable du sérum aux globules rouges. Inversement le passage de $CO_2$ à travers le sang défibriné a pour effet de faire repasser l'albumine, le sucre, la graisse et l'alcali des globules rouges vers le sérum. Les deux processus sont réversibles.

L'action de l'oxygène et celle de $CO_2$ se montrent également vis-à-vis du sucre que l'on a ajouté artificiellement au sang.

L'action de $CO_2$ et de $O_2$ ne se manifeste pas seulement *in vitro* sur le sang que l'on rend intentionnellement veineux ou artériel, mais se montre également sur le sang de la jugulaire et sur celui de la carotide. Le plasma jugulaire contient plus d'alcali, d'albumine, de graisse et de sucre que le plasma de la carotide.

L'influence de $O_2$ et de $CO_2$ s'exerce d'une façon utile au point de vue des oxydations dont les globules rouges sont le siège, pour la nutrition et l'oxydation des tissus. L'auteur admet une oxydation du sucre au sein du sang artériel. Il constate que le sang de l'artère métatarsienne contient chez le cheval moins de sucre que le sang de la carotide.

LÉON FREDERICQ.

**Technique physiologique de l'exploration du chimisme respiratoire, par LAULANIÉ** (*Soc. de biol.*, *9 février 1895*).

Dans les méthodes usitées pour l'étude des combustions respiratoires, on mesure pendant un temps donné l'oxygène absorbé et l'acide carbonique produit. Le résultat est une moyenne des échanges aux différents moments de cette durée. L'auteur a voulu avoir à chaque moment la mesure de l'intensité des combustions. L'appareil consiste en une enceinte respiratoire avec un moyen de mesurer les altérations de l'air à la sortie. Un appareil de ventilation assure la circulation de l'air d'une manière constante. On fournit aux chiens de 20 kilogrammes 400 litres à l'heure, aux lapins 80 à 100 litres, aux cobayes 30 à 40 litres. Sur le trajet du tube de sortie un tube collatéral permet d'engager le courant d'air et de le recueillir. On l'analyse avec l'eudiomètre à phosphore. La méthode permet de comparer le chimisme respiratoire à la thermogenèse, de suivre la marche des échanges gazeux dans un grand nombre de conditions physiologiques ou pathologiques. DASTRE.

**On the response, etc. (Influence de la température extérieure sur les échanges respiratoires, avant et après l'incubation, chez le poulet, par S. PEMBREY, GORDON et WARREN** (*The Journal of physiol.*, *XVII*, *p. 331*).

Pendant la plus grande partie de la période d'incubation, l'animal répond aux changements de température extérieure comme fait l'animal à sang froid. A la fin de cette période, vers le 20e ou 21e jour, il y a un stade intermédiaire dans lequel l'animal semble indifférent; puis après éclosion l'animal se comporte comme l'animal à sang chaud. Le pouvoir de régler la production thermique, dépend du développement et de l'intégrité de l'influence nerveuse sur l'action musculaire. Lorsque l'animal est vigoureux, il répond à l'action du froid par une exagération de mouvements et par une production de chaleur correspondante; lorsqu'il est faible il est incapable de cette réaction motrice et se trouve dans l'état d'un animal à sang froid. DASTRE.

**Influence de la déshydratation sur la résistance à l'asphyxie, par A. DISSARD** (*Soc. de biologie, 29 décembre 1894*).

Si des grenouilles contenues dans un vase plein d'eau sont portées sous la cloche d'une machine pneumatique, elles quittent le fond du liquide et bientôt le vase lui-même, bien que les conditions de résistance y fussent meilleures qu'en dehors, à l'air.

Si l'on plonge la patte d'une grenouille dans l'eau salée, on déshydrate l'animal par suite d'un véritable drainage (Paul Bert). Le batracien déshydraté résiste moins bien à l'asphyxie que le batracien normal. DASTRE.

**Der Einfluss des Zuckerumsatzes auf die Blutgase (Influence de la destruction du sucre sur les gaz du sang), par V. HARLEY** (*Archiv f. Physiol., p. 561, 1894*).

L'introduction dans les veines du chien de grandes quantités de sucre de raisin (au delà de 10 grammes par kilo d'animal) a pour effet de faire apparaître l'acide lactique dans le sang, d'y diminuer la proportion de $CO_2$ et surtout celle d'oxygène. La teneur en oxygène du sang artériel se rapproche du sang veineux. LÉON FREDERICQ.

**Influence de l'augmentation de la masse sanguine sur le pouvoir hématopoiétique de la moelle osseuse, par G. REBUSTELLO** (*Arch. ital. de biol., XXII, p. 99, et Arch. per le scienze med., XVIII*).

Bizzozero et Neumann ont annoncé que les globules rouges sont produits dans la moelle osseuse par scission indirecte des globules rouges nucléés. Inversement l'auteur se demande si l'augmentation des globules rouges circulants influence la fonction hématopoiétique de la moelle. Les expériences conduisent aux résultats suivants : 1° La pléthore globulaire diminue notablement et peut même suspendre, dans la moelle, la formation des globules rouges ; 2° dans la rate, encore douée de pouvoir hématopoiétique, la pléthore globulaire la suspend constamment ; 3° l'action de la pléthore sur le pouvoir hématopoiétique de la moelle des os est en rapport direct avec sa durée ; 4° chez les cobayes, la moelle des os, outre le pouvoir hématopoiétique, possède encore la faculté de détruire les globules rouges, comme la rate. Dans la moelle osseuse des chiens la fonction destructive est presque constante. DASTRE.

**Les premières recherches sur la résistance des globules rouges du sang, par R. MALASSEZ** (*Soc. de biologie, 12 janvier 1895*).

J. Duncann (1867) a vu que les globules sanguins des chlorotiques perdaient leur hémoglobine dans l'eau salée, plus facilement qu'à l'état normal. Malassez (1872) a observé les altérations plus ou moins faciles des globules dans les liqueurs de dilution. Cette altérabilité se mesure en quelque sorte par des examens de numération pratiqués à différents moments d'un mélange sang et liqueur de dilution. Hayem (1879) et Renaut (1879) signalent les différences de vulnérabilité des globules rouges de différentes espèces animales. Chanal (1880) énumère les globules dans trois solutions de sulfate de soude de plus en plus diluées à des moments fixés d'avance. Lépine (1880) attire l'attention sur ces

faits. Maragliano (1885) et Hamburger s'attachent à la coloration ou non-coloration par l'hémoglobine globulaire de solutions salines plus ou moins dilués et emploient les noms de perméabilité et isotonie.

DASTRE.

**I. — Différents procédés pour rendre le sang incoagulable, par Ch. CONTEJEAN** (*Soc. de biologie, 22 décembre 1894*).

**II. — Influence des injections intra-veineuses de peptone sur la coagulabilité du sang chez le chien, par le même** (*Ibid., 9 février 1895*).

I. — Contejean adopte le procédé d'Haycraft parce qu'il ne risque pas de tuer les chiens par une dose trop forte; parce qu'il permet de rétablir l'incoagulabilité disparaissante par une nouvelle injection; la pression reste élevée; le procédé réussit sur tous les animaux et non pas seulement sur le chien et le chat, et enfin l'opération ne cause ni diarrhée, ni nausée; c'est l'inverse des effets de la peptone.

II. — Lorsqu'une première injection de peptone a épuisé son effet anticoagulateur, une seconde injection n'a pas d'effet. C'est une sorte d'immunisation passagère. On obtient encore cet état réfractaire passager en injectant le sang peptonisé. Une substance sécrétée par l'organisme sous l'excitation de la peptone déterminerait l'incoagulabilité. Telle est l'hypothèse. Une seconde hypothèse, c'est que chez l'animal immunisé, cette substance serait ou détruite ou non produite. La masse intestinale et le foie, ou ce dernier seul, produiraient cette substance. DASTRE.

**Ueber die Einwirkung intravenöser Kochsalzinfusionen auf die Zusammentzetzung von Blut und Lymph (Influence des injections intraveineuses d'eau salée sur la composition du sang et de la lymphe), par W. COHNSTEIN** (*Archiv f. die ges. Physiol., LIX, p. 508*).

Si l'on injecte dans les vaisseaux sanguins d'un chien une solution de sel ou de sucre on trouve le sang plus pauvre en sel ou en sucre que la lymphe, fait qui a été découvert par Heidenhain et lui a paru inconciliable avec les lois de la diffusion, et l'a amené à imaginer une propriété secrétoire de l'épithélium vasculaire, la secrétion étant la lymphe. Cohnstein et Starling ont attaqué les fondements de cette théorie. Et d'abord l'auteur fait observer que la lymphe que l'on compare au sang, en les prenant au même moment, ne lui correspond point chronologiquement. Par exemple, du ferro-cyanure injecté dans la veine fémorale en trente secondes ne se retrouve dans la lymphe qu'après une heure trente-quatre minutes par exemple, alors que le sang n'en contient plus.

D'après ces expériences, il ne serait pas légitime de comparer entre eux deux échantillons de sang et de lymphe pris au même moment dans leurs conduits. On peut admettre que c'est le sang le plus riche en sucre ou en sel qui produit la lymphe la plus riche et, par conséquent, il est légitime de comparer entre eux les maxima des deux liqueurs. Le sang atteint ce maximum aussitôt après l'injection, mais la lymphe beaucoup plus tard. Si l'on procède ainsi avec les nombres mêmes de Heidenhain, et que l'on ait soin de tenir compte de la quantité d'eau respectivement des deux liquides, on trouve des quantités égales de sel ou sucre dans

les deux liquides. Les maxima de concentration, si l'on compare des volumes égaux de sang et de lymphe, et non des poids égaux, sont identiques de part et d'autre à peu de chose près. Il est remarquable qu'il y ait (Heidenhain), pendant l'injection et aussitôt après, un ralentissement du cours de la lymphe, bientôt suivi d'une accélération qui le compense et au delà. Le premier effet est dû à l'attraction de l'eau par le sel; le second à l'augmentation consécutive. Le sang, aussitôt l'injection, est enrichi en eau ; mais bientôt après entre en jeu un mécanisme régulateur qui rétablit la concentration du sang. Pendant que le sang s'enrichit en eau, la lymphe s'appauvrit. Puis, dans une seconde période la lymphe reprend de l'eau, sa substance sèche atteint son minimum et remonte ensuite. En deux mots la teneur en eau de la lymphe varie inversement à celle du sang. L'accroissement de pression osmotique du sang après l'injection détermine un appel d'eau des espaces lymphatiques, la pression s'élève dans les capillaires sanguins (Starling), puis il sort des vaisseaux un plasma sanguin riche en eau qui passe dans les vaisseaux lymphatiques. De là la diminution d'eau dans la lymphe et l'augmentation dans le sang, et ensuite l'accroissement d'eau de la lymphe. En résumé les phénomènes observés à la suite des injections de sel dans les vaisseaux seraient parfaitement conformes aux lois physiques de la formation de la lymphe, lois de diffusion et de filtration. L'hypothèse d'un pouvoir secrétoire de l'épithélium capillaire est superflue. DASTRE.

**Weitere Mittheilungen über die Leukocyten-Frage (Nouvelles communications sur la question des leucocytes), par GOLSCHEIDER et JACOB** (*Archiv für Physiol., p. 184, 1894*).

Les auteurs constatent avec Löwit et d'autres que l'injection d'hémialbumose (propeptone) dans la jugulaire externe du lapin produit d'abord une diminution notable du nombre des leucocytes du sang, plus tard une augmentation notable qui peut durer 20 à 48 heures.

L'injection intraveineuse d'extrait de rate ou de moelle des os produit également d'abord de l'hypoleucocytose, puis de l'hyperleucocytose. D'autres lymphagogues sont dans le même cas.

Les auteurs admettent que l'hyperleucocytose n'est pas la conséquence de l'hypoleucocytose du début, comme l'admet Löwit, mais que les deux phénomènes dépendent de deux processus indépendants l'un de l'autre et dont les phases de maximum ne coïncident pas. L'hypoleucocytose dépendrait de ce que les leucocytes, surtout les polynucléaires sont retenus dans les capillaires et les plus petits vaisseaux (par chemotaxis?). L'hyperleucocytose proviendrait de ce que la substance active, pénétrant dans les voies lymphatiques, y provoque un transport plus actif des leucocytes vers les vaisseaux sanguins. Il n'y aurait pas réellement néoformation de globules blancs. LÉON FREDERICQ.

**On red corpuscules of different specific oxygen capacities, par J. HALDANE et J. Lorrain SMITH** (*The Journ. of physiol., XVI, p. 468*).

Le nom de capacité spécifique pour l'oxygène indique le rapport entre le nombre de grammes de fer et le nombre de centimètres cubes d'oxy-

gène qui existent dans un volume donné de sang saturé à la température et à la pression ordinaires. Les globules du sang subiraient un changement de pouvoir spécifique en passant des artères dans les veines et réciproquement (Bohr). Les présents auteurs tirent de leurs recherches les conclusions suivantes : il y a des différences évidentes, atteignant parfois jusqu'à 20 0/0, dans la capacité spécifique pour l'oxygène de différentes couches de globules ; elle peut être la plus grande, tantôt dans la couche supérieure, tantôt dans la couche moyenne, tantôt dans la couche inférieure. Il n'y a pas de règles à cet égard. Il n'y a pas de correspondance entre les variétés du diamètre et les variations de la capacité spécifique. Dans le sang d'un même vaisseau tous les corpuscules ne sont pas de même espèce, mais diffèrent les uns des autres par leur capacité spécifique pour l'oxygène. DASTRE.

**Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf die Herztätigkeit (De l'influence du travail musculaire sur l'activité du cœur), par CHRIST** (*Deutsche Archiv f. klin. Med.*, *LIII*, *p. 102*).

A l'aide de l'ergostat, qui permet de mesurer le travail musculaire exécuté, l'auteur fait faire un certain nombre de mouvements pendant qu'il relève avant, pendant et après le travail le tracé sphygmographique. Il constate que dans une certaine limite la fréquence des forces augmente parallèlement avec le travail exécuté; mais à partir d'un certain point, l'accélération du cœur atteint un maximum qu'il ne dépasse plus. Ce maximum a été de 160 pulsations chez un convalescent de fièvre typhoïde légère, à la suite d'un travail modéré. Après cette accélération le cœur revient à sa fréquence normale de contractions dans un temps variable, mais toujours plus court dans la position couchée que dans la position debout. A côté de la fréquence et du rythme la courbe sphygmographique donne des indications sur l'état de la circulation artérielle. Après un grand travail, le dicrotisme net indique une diminution de tension artérielle. Quelquefois, dans les cas extrêmes, le dicrotisme est négatif, anacrotisme. Dans les palpitations nerveuses on constate les mêmes signes que dans la fatigue du cœur. Dans un cas où il existait vraisemblablement de la myocardite le travail a fait apparaître l'arythmie. C. LUZET.

**Ueber die Ernährung des Saügethierherzens (Nutrition du cœur chez les mammifères), par R. TIGERSTEDT** (*Skandinav. Archiv f. Physiol.*, *V*, *p. 71*).

On peut, sans tuer le cœur, arrêter l'afflux et le cours du sang dans cet organe, chez le lapin, en plaçant une pince sur les oreillettes, et cela pendant cinq minutes : en enlevant la pince on voit le fonctionnement se rétablir. Le cœur du chien est beaucoup plus sensible; on peut néanmoins obtenir encore l'effet. On peut arrêter complètement la circulation pendant 115 à 150 secondes. Il faut rapprocher ce résultat de ceux de Cohnheim et Schulthess Rechberg qui arrêtaient le cœur pendant 75 à 125 secondes par la ligature des artères coronaires. Ils attribuaient cet arrêt à l'action d'une substance toxique fabriquée par le muscle anémié. Dans les expériences actuelles on n'a pas observé cette folie du cœur aperçue par les précédents expérimentateurs. Il faut donc conclure que ces phénomènes

étaient dus, non pas à l'anémie, mais aux lésions nécessitées par l'opération de Cohnheim et Schulthess Rechberg. DASTRE.

**Sur la forme de la contraction du myocarde, par Ch. CONTEJEAN** (*Soc. de biol.*, *22 décembre 1894*).

L'auteur emploie chez le chien (à moelle coupée, respirant artificiellement) le myocardiographe de Chauveau qui comprime la paroi cardiaque entre une tige pénétrant dans l'intérieur du ventricule et une plaque extérieure garnie de pointes, qui communique son mouvement à un tambour à ressort et par là à un style inscripteur. On constate, tant que le cœur fonctionne bien, que la contraction du myocarde est un véritable tétanos à plateau, comme le soutient Fredericq. DASTRE.

**Ueber die Fortleitung der Erregung im Wasserstarren Muskel (Sur la propagation de l'excitation dans le muscle qui a subi la rigidité par l'eau), par K. KAISER** (*Zeit. f. Biologie*, *XXXI*, *p. 244*, *1894*).

Le muscle couturier de la grenouille, plongé dans l'eau distillée, perd sa contractilité au bout de 20 à 30 minutes. La conductibilité est abolie en même temps que la contractilité. L'auteur n'a pu obtenir la restauration du muscle par l'action ultérieure d'une solution de chlorure de sodium. LÉON FREDERICQ.

**Ueber die Latenz der Muskelzuckung (Sur la période latente de la secousse musculaire), par Léon ASHER** (*Zeit. f. Biologie*, *XXXI*, *p. 203*, *1894*).

Dans le muscle couturier de grenouille, non curarisé, la période latente est la même pour la portion supérieure du muscle exempte de fibres nerveuses que pour la portion possédant des fibres nerveuses.

LÉON FREDERICQ.

**Blutzucker und Arbeitsleistung (Sucre du sang et travail musculaire), par E. CAVAZZANI** (*Centr. f. Physiol.*, *VIII*, *p. 689*).

L'auteur constate une légère diminution de la proportion centésimale de sucre du sang sous l'influence d'un travail musculaire très énergique. L'insignifiance de cette diminution prouve que l'augmentation de la consommation du sucre dans les muscles est en grande partie compensée par une exagération de la formation du sucre dans le foie. L'auteur admet que la transformation du glycogène en sucre dans le foie est effectuée, non par l'action d'un ferment diastasique, mais par l'activité des cellules hépatiques, activité réglée par le système nerveux. Le système nerveux accommode à chaque instant l'importance de la formation de sucre dans le foie aux besoins de l'organisme. LÉON FREDERICQ.

**The time-relations of the volontary tetanus in man, par David Fraser HARRIS** (*The Journal of physiol.*, *XVII*, *p. 315*).

Le tétanos volontaire, contraction soutenue, est incomplet : il est produit par la fusion de 6 à 13 contractions par seconde, 12 en moyenne. Le graphique est plus distinctement onduleux au commencement qu'à la fin

et les ondes plus faciles à discerner et à compter. L'effort musculaire arrive rapidement à son maximum. Les mouvements de secousse les plus rapides de l'avant-bras et de la main atteignent au maximum 11 par seconde. C'est à peu près le taux du tétanos volontaire. C'est le nombre des stimulations émanées de la moelle pour la production de ces mouvements (10-12 par seconde). Schäfer et Horsley (1886) ont montré que, lorsque l'on excite les centres nerveux, le rythme des réponses est le même soit que l'excitation porte sur la matière grise corticale, ou sur la couronne radiée, ou sur la moelle, mais non pas sur les nerfs moteurs. Il est celui-même des excitations lorsque celles-ci sont en moindre nombre que 10 par seconde. Lorsque les excitations sont plus fréquentes, le rythme musculaire reste invariablement fixé à 10 par seconde. L'auteur conclut autrement, à savoir que le rythme des impulsions volontaires est de 10 à 12, ou que s'il est plus élevé il est changé par les cellules motrices de la corne antérieure. DASTRE.

**Ueber die Einwirkung der Muskelthätigkeit auf die Athmung und die Herzthätigkeit (Influence de l'activité musculaire sur la respiration et l'activité cardiaque), par J.-E. JOHANSSON** (*Skandinav. Archiv f. Physiol.*, *V*, *p. 20*).

L'accélération du pouls qui accompagne un mouvement musculaire n'est pas, d'une façon appréciable, le résultat d'excitations sensibles provoquées par ce mouvement. L'activité de muscles séparés de leurs connexions nerveuses et mis en action par des excitations tétanisantes ne provoque plus l'accélération du pouls, ou l'influence seulement d'une manière insignifiante, contrairement à ce qui arrive pour l'activité volontaire. Lorsque, pendant la période tétanique, la circulation est interrompue, la respiration s'abaisse; si on irrigue au contraire les muscles avec le sang, la respiration s'accroît, mais moins que dans des conditions circulatoires tout à fait normales. L'accélération du pouls suit habituellement celle de la respiration, mais n'en est pas l'effet. La fréquence du pouls ne dépend pas nécessairement de la pression. Il se forme, en fin de compte, dans les muscles en activité, des substances qui exercent une action accélératrice sur le pouls, et une accélération infiniment plus marquée sur la respiration. Ces substances agissent sur les centres nerveux du cœur, centres accélérateurs, et sur les centres respiratoires. DASTRE.

**I. — Mesure de la chaleur produite par un animal, par BUTTE et DEHARBE** (*Soc. de biologie, 29 octobre 1894*).

**II. — Note complémentaire sur ce nouveau procédé, par les mêmes** (*Ibid.*, *3 novembre 1894*).

I. et II. — L'animal est placé dans un cylindre à doubles parois de cuivre rouge (c'est le calorimètre). Dans la double enveloppe un thermomètre à 1/100 de degré. Le couvercle qui ferme le cylindre a deux tubulures, l'une pour aspirer l'air de la respiration. Le cylindre est dans une caisse de bois ; celle-ci dans une enceinte à température constante, cuve sèche. Après un certain temps de séjour, trois heures par exemple, le thermomètre a monté et s'est fixé à une limite que l'on note ; l'équilibre est atteint ; le calorimètre rayonne autant de chaleur qu'il en reçoit.

On retire l'animal, on le remplace par une résistance électrique. On détermine l'intensité du courant et la chaleur produite pour arriver au même point où était l'appareil lorsque l'animal y était placé. Un cobaye de 1 kilogramme donne 3,560 calories à l'heure par une température extérieure de 23°, et 5,430 calories à 18°. A 0° 1 kilogramme de cobaye produirait 12,160 calories, chiffre voisin de celui de Lavoisier (12,000 calories). DASTRE.

**The development of the power of regulating heatproduction, par S. PEMBREY** (*Proceedings of the physiological Soc., 27 octobre 1894*).

Lorsque la température extérieure tombe en deux minutes de 30° à 18° l'animal (souris) accroît sa production d'acide carbonique de 74 0/0. L'élévation dans le même temps de 18° à 35° ne diminue la production d'acide carbonique que de 18 0/0. Si l'on opère sur l'animal au moment de la naissance et deux jours plus tard, on voit naître et grandir cette propriété. Chez le poulet le passage est encore plus rapide de l'état d'animal à sang froid à celui d'animal à sang chaud. Le jeune pigeon qui naît dans un état beaucoup moins avancé que le poulet se comporte comme l'animal à sang froid, mais cependant avec une bien plus grande rapidité que la grenouille. DASTRE.

**Die Wirkung der proteolytischen Enzyme auf die lebendige zelle als Grund einer Theorie über die Selbstverdauung (Action des ferments protéolytiques sur la cellule vivante. Théorie de l'auto-digestion), par Claudio FERMI** (*Centralbl. für Physiologie, VIII, p. 657, 1894*).

L'auteur énumère un grand nombre d'expériences montrant que le protoplasma des cellules animales et végétales peut vivre et se développer dans des solutions contenant de la pepsine ou de la trypsine. Il admet que ces ferments sont détruits par le protoplasma. L. F.

**Zur Kenntniss des diastasischen Ferments der Lymphe, par P. RÖHMANN** (*Archiv für die ges. Physiol., LII, p. 157*).

Le sérum du sang contient un ferment saccharificateur dont on connaît les propriétés (Bial). Ce ferment préexiste. Les preuves de cette préexistence ont été cherchées par Magendie (1846), Cl. Bernard (1877), Schiff (1866), E. Tiegel, Pavy, Tieffenbach (1877), R. Boehm et A. Hoffmann, en injectant de l'amidon ou du glycogène dans le sang, et en recherchant si la quantité de sucre augmentait dans le sang ou s'il apparaissait dans l'urine. Cette méthode ne pouvait que donner des vraisemblances. Une autre méthode consiste à enfermer entre deux ligatures du glycogène ou de l'amidon dans la veine jugulaire d'un animal (lapin, cheval). C'est ce qu'a fait Schiff. La lymphe offre de meilleures conditions; on peut démontrer que dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques le glycogène se change normalement en sucre. R. pratique une fistule du canal thoracique de manière à recueillir la lymphe, après injection dans un vaisseau lymphatique de la solution à 3 0/0 de glycogène dans le chlorure de sodium à 6 0/00. Il constate toujours, après l'injection, une augmentation de la quantité de sucre de la lymphe. DASTRE.

**Fernere Untersuchungen über das Auftreten der Kohlensäure im Magen (Nouvelles recherches sur la présence de l'acide carbonique dans l'estomac), par N.-P. SCHIERBECK** (*Skandinav. Archiv f. Physiol.*, *V*, *p. 1*).

L'auteur confirme ce qu'il avait déjà annoncé relativement à la présence de l'acide carbonique dans l'estomac et à sa tension. Celle-ci est indépendante de la fonction des cellules muqueuses et peut être influencée par les substances toxiques. La nicotine fait tomber instantanément la tension carbonique, quelquefois jusqu'au point où elle est dans l'inanition. La pilocarpine peut accroître cette tension dans l'estomac vide jusqu'à sa valeur maxima. La production d'acide carbonique survit à la section des pneumogastriques. DASTRE.

**Sur les variations de la température de l'estomac sous l'influence d'excitations externes, par A. CHELMONSKI** (*Gaz. lekarska*, *7 juillet 1894*).

Ch. a observé la température de l'estomac chez une malade porteur d'une fistule gastrique. Prise avec un thermomètre maxima, cette température est en moyenne supérieure de 0,28° C. à celle prise dans le rectum. En excitant la peau de l'abdomen et du dos par des ventouses sèches, on obtient une élévation de la température stomacale de 0,1° C. seulement; un sinapisme Rigollot appliqué sur l'abdomen élève cette température de 0,5° C. ; des frictions sèches sur les mollets l'abaissent de 0,35° C.

En ce qui concerne les excitations thermiques, des applications d'eau froide ou de glace sur le tronc abaissent la température stomacale, tandis que des compresses chaudes l'élèvent. L'application du froid sur les extrémités élèvent la température stomacale. Les pédicules chauds produisent une élévation (0,7° C.) plus notable que des bains chauds appliqués aux mains. Il résulte de ces constatations que l'utilité des excitations cutanées dans les affections des organes de la cavité abdominale ne saurait être attribuée à une anémie de ces organes. H. FRENKEL.

**Experimentelle Beiträge zur Kenntniss des Pylorussecreten beim Hunde (De la sécrétion pylorique chez le chien), par J.-H. AKERMANN** (*Skandinav. Archiv f. Physiol.*, *V*, *p. 134*).

Akermann réfute les critiques de Contejean comme arbitraires et reprend l'expérience du suc pylorique. Il réussit l'opération dans des conditions convenables. Il confirme nettement que le suc pylorique est alcalin et riche en pepsine et fermentable. Enfin, l'auteur montre que la propepsine y est peu abondante. En dernier lieu, il reprend les expériences de coloration de la muqueuse gastrique, avec la fuchsine acide, et il trouve que ce colorant, comme d'autres, ne colore que la sous-muqueuse ou la musculaire : il faut se défier de ces arguments de coloration.

DASTRE.

**Sous quelle forme le chlorure de sodium dans le sang s'élimine-t-il au niveau de l'estomac ? par H. SURMONT et J. BRUNELLE** (*Soc. de biologie*, *15 décembre 1894*).

On a étudié l'influence du sel de cuisine sur la digestion gastrique en l'introduisant soit dans l'estomac, soit par la voie rectale, en excès; soit

en le supprimant complètement. L'auteur fixe le chimisme stomacal chez un chien recevant un repas déterminé, en recueillant le suc gastrique au bout d'une heure. Ceci posé on injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les veines des solutions de chlorure à 5 0/0, soit 100 grammes ; les opérations sont bien supportées. On a toujours observé une diminution de l'acidité totale, du chlore total, de la chlorhydrie, et une augmentation des chlorures fixés au double de leur valeur normale. Ainsi le chlore en excès s'élimine par l'estomac comme chlore fixe et non comme acide chlorhydrique. DASTRE.

**Sur le chlore, dit organique, de la sécrétion gastrique, par H. LESCŒUR** (*C. R. Académie des Sciences, 26 novembre 1894*).

Outre les chlorures métalliques et l'acide chlorhydrique libre, on connaît, dans le suc gastrique, des combinaisons organiques chlorées, et Hayem et Winter ont donné une méthode pour apprécier la quantité de *chlore organique*. Opérant par un autre procédé, l'auteur arrive à cette conclusion, que le chlore dégagé du suc gastrique par la chaleur à l'état d'acide chlorhydrique, évalué en bloc, est susceptible de mesures précises, mais que la distinction entre l'acide chlorhydrique libre et l'acide faiblement combiné, et surtout la notion de *chlore organique* sont loin d'avoir la même simplicité, car il y aurait, dans ce chlore dit organique, deux portions : l'une correspond à des composés neutres, tels que le chlorhydrate d'ammoniaque, formé, en partie au moins, aux dépens du chlorure de sodium par une réaction pyrogénée, et constitue une donnée artificielle ; l'autre partie correspond à de l'acide chlorhydrique rendu libre par l'action de la chaleur, à une température peu supérieure, en général, à 100°.

Enfin, l'auteur fait remarquer que la notion du chlore organique, un moment introduite dans la chimie de l'urine par l'application à son analyse de la méthode Hayem-Winter, a dû disparaître devant les expériences plus précises de Petit et Terrat. M. DUVAL.

**Étude des causes de la digestion saline, par A. DASTRE** (*C. R. Académie des Sc., 12 novembre 1894*).

La *digestion saline* est l'ensemble des transformations qu'éprouvent les albuminoïdes frais en présence des solutions salines ; pour la fibrine fraîche, par exemple, ces transformations sont identiques avec les phases d'une véritable digestion gastrique. Le phénomène ne se produit qu'avec les albuminoïdes frais et crus ; l'ébullition dans l'eau, l'action de l'alcool empêchent la digestion saline de la fibrine. On pourrait donc supposer que la coction ou l'alcool suppriment l'activité de microorganismes ou de ferments solubles, et qu'à ces agents seraient dues les transformations en question. C'est pour montrer le non-fondé de cette hypothèse que l'auteur a entrepris une série d'expériences nouvelles : elles montrent que la digestion saline ne fournit jamais de tyrosine, ce qui exclut l'idée de la présence de la trypsine, dont le caractère est précisément de produire surtout de la tyrosine ; que la digestion saline s'accomplit en milieu neutre et s'arrête en milieu acide, ce qui exclut l'intervention d'un fer-

ment tel que la pepsine; qu'elle donne beaucoup de peptones, ce qui exclut l'idée de la présence des ferments bactériens, qui n'en donnent pas. Enfin par diverses autres recherches l'auteur s'efforce de déblayer le terrain des fausses interprétations, avant de pénétrer plus avant dans la recherche du véritable mécanisme de la digestion saline. M. DUVAL.

**Die Coagulirung von Eiweisskörper aus mechanischem Wege (Coagulation des albuminoïdes par action mécanique), par W. RAMSDEM** (*Archiv f. Physiol., p. 517, 1894*).

Il suffit de soumettre à l'agitation mécanique une solution contenant des matières albuminoïdes (albuminoïdes du blanc d'œuf, du sérum, du plasma, du lait, des muscles, des végétaux, etc., albuminate alcalin, caséinogène) pour qu'une partie des albuminoïdes se précipite sous forme de masses à structure fibrineuse, présentant des propriétés analogues à celles de la fibrine. Ces précipités albuminoïdes sont susceptibles d'être modifiés par l'action de l'ébullition. Il n'y a aucune intervention de la part des gaz de l'air, ni de la paroi du vase dans lequel le liquide est agité. Le phénomène est peu marqué avec le sérum sanguin, tandis que dans le blanc de l'œuf de poule le précipité peut atteindre 96.4 0/0 de l'albumine présente. LÉON FREDERICQ.

**Influence du jeune périodique sur les échanges azotés et aqueux, sur l'assimilation de l'azote et des graisses de l'alimentation, sur la quantité des acides sulfoéthérés dans l'urine et sur la force musculaire chez l'homme sain, par KROUJKOFF et VISTENHOFF** (*Vratch, n° 40, 1894, et Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

Pendant la période de jeûne relatif (un kilogramme de pain blanc par jour, pendant 3 jours), on observe les changements suivants :

1° Le taux d'assimilation du pain blanc égale 89,26 0/0;

2° La quantité d'azote et de soufre dans l'urine diminue considérablement : pendant la première période de jeûne, l'élimination d'azote dans les urines est tombée de $0^{gr},357$ (pendant la période précédente) à $0^{gr},277$ par kilogramme de poids; pendant la deuxième période de jeûne, elle est descendue de $0^{gr},328$ par kilogramme de poids (de la période précédente de jeûne) à $0^{gr},273$;

3° Le taux d'échange azoté a augmenté, surtout pendant la deuxième période de jeûne;

4° Le taux des produits d'oxydation imparfaite fut augmenté;

5° Le rapport entre le soufre neutre de l'urine et le soufre acide a été augmenté;

6° La quantité des acides éthéro-sulfuriques et leur rapport avec l'acide sulfurique préformé ont été diminués;

7° Les échanges aqueux ont diminué, surtout pendant le premier jeûne;

8° La quantité d'urines et des pertes cutanéo-pulmonaires a été diminuée;

9° La force musculaire a diminué, surtout pendant le premier jeûne;

10° La quantité des acides gras dans les selles a été peu considérable;

11° Le poids du corps a été augmenté.

Ces résultats diffèrent des expériences faites par Sokoloff, Elkine, Gorochoff et Wawiloff sur la diète avec pain noir uniquement en ce que, dans ce dernier cas, la quantité des acides gras dans les selles dépasse celle introduite par l'alimentation.

En comprenant la période qui suit celle du jeûne incomplet avec cette dernière, les auteurs ont vu que :

1° L'assimilation de l'azote dans la première période post-diététique est peu améliorée (0,4 0/0) et, dans la deuxième période post-diététique, elle est diminuée (de 1,6 0/0);

2° Le taux des échanges azotés a légèrement diminué après le premier jeûne incomplet et a notablement augmenté après le deuxième jeûne;

3° Le taux des produits incomplètement oxydés a augmenté;

4° Le rapport entre le soufre neutre et acide de l'urine a diminué;

5° La quantité des acides éthéro-sulfuriques et leur rapport avec l'acide sulfurique préformé ont diminué, mais d'une façon insignifiante;

6° L'assimilation des graisses a diminué, surtout après le deuxième jeûne;

7° Après le premier jeûne, l'eau était retenue dans l'organisme; après le deuxième jeûne, les échanges ont été meilleurs;

8° La force musculaire a été augmentée;

9° Le poids du corps a été augmenté.

Dans les expériences de Sokoloff, etc., sur la diète avec du pain noir, l'assimilation de l'azote et des graisses a été meilleure, les échanges azotés ont diminué et le poids du corps a été moindre dans la période post-diététique. H. FRENKEL.

**Ueber die Ausnützung gemischter..... (Utilisation d'une alimentation mixte dans l'intestin de l'homme), par O. HULTGREN et E. LANDERGREN** (*Skandinav. Arch. f. Physiol., V, p. 111*).

La valeur d'un aliment ne dépend pas seulement de sa composition chimique, mais aussi de son utilisation. Celle-ci exige des recherches fastidieuses. Elle n'a été exécutée guère que pour quelques aliments simples, isolés ou mélangés deux à deux. Mais il ressort des recherches même de Rubner, que les aliments sont quelquefois mieux utilisés dans le mélange qu'à l'état d'isolement. Le lait mêlé au fromage est mieux utilisé que seul; de même le maïs mêlé au fromage. Les circonstances qui favorisent l'utilisation doivent être dégagées. L'auteur rappelle les recherches de Schuster, de Plügge (1879), de F. Hofmann (1880), de Cramer, de Meinert (1885), de Mori. Puis il expose le résultat qu'il a obtenu avec la ration mixte en usage dans la marine suédoise (mélange de pois, viande, lard, lait, etc. Il signale dans les tableaux annexés au mémoire les quantités d'ingesta et d'excréta de chaque catégorie d'aliments et enfin l'énergie potentielle à l'entrée et à la sortie. Ces résultats ne se prêtent pas à être résumés, sauf dans leur conclusion générale à savoir que, dans la ration de l'homme qui travaille, il y a une perte d'énergie potentielle qui oscille entre 8 et 15 0/0. DASTRE.

**Versuche über die Wirkung einer Beigabe..... (Influence de l'addition des carbonates de calcium, strontium ou de magnésium à une nourriture pauvre en chaux mais riche en acide phosphorique, sur l'organisme animal, spécialement sur la composition du squelette), par H. WEISKE** (*Zeitschr. f. Biologie, XXXI, p. 421, 1894*).

Influence nuisible d'une alimentation composée exclusivement d'avoine (pauvre en chaux et riche en acide phosphorique) sur la nutrition du lapin.

Amélioration par addition de carbonate de magnésium, de strontium, mais surtout de calcium à l'avoine. Les carbonates agissent ici en diminuant l'action nuisible de l'alimentation acide. Le carbonate de calcium fournit de plus le calcium manquant. Le strontium et le magnésium ne peuvent remplacer physiologiquement le calcium, dans la constitution du squelette, qui se développe d'une façon insuffisante, chez les animaux nourris d'avoine seule ou d'avoine et de carbonate de strontium ou de magnésium. LÉON FREDERICQ.

**Une excitation douloureuse peut diminuer ou suspendre la sécrétion parotidienne, par S. FUBINI** (*Arch. ital. de biol., XXII, p. 65*).

On pratique facilement le cathétérisme du canal de Stenon chez le chien comme chez l'homme au moyen d'un tube de verre analogue aux tubes à vaccin. On injecte de 3 à 5 milligrammes de chlorhydrate de pilocarpine et l'on compte les gouttes de salive. En excitant la peau ou le nerf sciatique on constate un ralentissement ou un arrêt de la sécrétion qui dure encore quelque temps après que l'excitation a cessé. DASTRE.

**Modification subie par la cellule pancréatique pendant la sécrétion, par J. MOURET** (*Soc. de biologie, 30 novembre 1894 et 15 janvier 1895*).

Les examens ont été faits sur la grenouille et la salamandre. Le protoplasma de la cellule pancréatique possède une substance fondamentale *prézymogène* constituée par de fins filaments colorables par l'hématéine. Peu abondante pendant le repos alors que la cellule est remplie de granulations zymogènes, elle augmente pendant la sécrétion et occupe en amas disséminés les parties de la cellule laissées libres par le départ des granulations. Cette substance est filamenteuse; elle se résout en fines granulations qui se dispersent dans le protoplasma, y grossissent, y mûrissent, et deviennent des granulations zymogènes fuchsinophiles. DASTRE.

**I. — De l'influence exercée par le système nerveux et la sécrétion pancréatique interne sur l'histolyse, par M. KAUFMANN** (*Soc. de biol., 12 janvier 1895*).

**II. — Nouveaux faits relatifs au mécanisme de l'hyperglycémie et de l'hypoglycémie; influence du système nerveux sur la glycosoformation et l'histolyse, par le même** (*Ibid., 26 janvier 1895*).

I. — L'activité glycoso-formatrice du foie est réglée par un produit frénateur (secrétion pancréatique interne) et par les nerfs hépatiques. La sécrétion pancréatique interne est elle-même réglée par le système nerveux. Sur

l'animal à sang normal, à foie et pancréas énervés, la piqûre du quatrième ventricule ne provoque pas l'hyperglycémie et la glycosurie habituelles. Si l'animal est déjà hyperglycémique, la piqûre bulbaire provoque un accroissement énorme du sucre. Cette action ne peut s'expliquer que par un effet exercé par la piqûre sur d'autres organes. L'auteur suppose que les différents tissus donnent lieu à une résorption plus abondante qui fait passer dans le sang des matériaux capables d'activer la formation sucrée. En résumé, la piqûre diabétique agirait non seulement sur le foie et le pancréas, mais encore sur le travail histolytique général qui s'accomplit incessamment dans les divers tissus de l'organisme animal. Cette histolyse est réglée comme la glycoso-formation du foie par le produit pancréatique et par le système nerveux. La secrétion interne du pancréas agit donc à la fois sur la résorption histolytique et sur l'activité hépatique.

II. — Dans l'*hyperglycémie*, le foie fabrique plus de sucre (glycoso-formation accrue) et les tissus cèdent au sang leurs matériaux de réserve utilisés par le foie pour la fabrication du sucre (hystolyse). L'hyperglycémie coïncide avec une diminution rapide du glycogène du foie et des tissus. Sur un chien à jeun on prélève un morceau de foie et un morceau de muscle, puis on pique le bulbe. On trouve ainsi : avant la piqûre bulbaire, glycogène ou sucre 44 grammes pour 1000 de foie et $7^{gr},2$ pour 1000 de muscle ; six heures après, $5^{gr},9$ dans le foie et $2^{gr},8$ dans le muscle. Cette diminution considérable du glycogène hépatique et musculaire s'observe dans le diabète par piqûre bulbaire, dans le diabète pancréatique et dans le diabète spontané. (Von Mering, Minkowski, Frerichs). Dans l'*hypoglycémie* il y a diminution de formation (section de la moelle en avant de la région dorsale) du sucre, mais pas d'accumulation de glycogène dans le foie, comme le croyait Cl. Bernard. Il y a, au contraire, diminution considérable. L'auteur émet l'hypothèse que ce glycogène, au lieu de s'accumuler dans le foie, passe dans le sang et les tissus. De fait il trouve plus de glycogène dans le sang, il en trouve aussi plus dans les muscles. Il conclut ainsi : 1° Dans les diverses déviations de la fonction glycémique il y a à la fois une modification de l'activité de la glycoso-formation intrahépatique et de l'histolyse générale ; 2° dans l'hyperglycémie et dans le diabète, la glycoso-formation et la résorption histolytique sont activées ; 3° dans l'hypoglycémie, la glycoso-formation et l'histolyse sont diminuées ; 4° la section de la moelle au voisinage du renflement brachial modifie le mode de fonctionnement du foie. Cet organe déverse alors dans le sang moins de sucre et plus de glycogène ; 5° la même section médullaire modifie également la nutrition de tous les tissus ; elle augmente leur puissance d'emmagasinement ou d'assimilation et par suite diminue la résorption histolytique ; le système nerveux exerce une action régulatrice à la fois sur les phénomènes nutritifs des divers tissus et sur les élaborations intrahépatiques. DASTRE.

**Zur Lehre von der Fettresorption (Sur la résorption des graisses), par O. FRANK** (*Archiv f. Physiol., p. 297, 1894*).

Après ingestion d'acides gras, on retrouve dans le chyle qui s'écoule par une fistule du canal thoracique, un mélange de graisse, d'acides gras

et de savons. La quantité que l'on recueille est très inférieure à celle qui est résorbée dans le même temps à la surface digestive (0,32 pour les acides gras, 0,75 de la graisse résorbée). Ces substances pénètrent donc dans l'organisme par d'autres voies encore que le canal thoracique. En effet, la ligature du canal thoracique n'empêche pas la résorption d'une quantité notable des acides gras que l'on a introduits dans le tube digestif (en moyenne résorption de 72 0/0 des acides gras après ligature, résorption de 95 0/0 des acides gras ingérés, lorsque le canal thoracique reste perméable). La ligature est bien supportée lorsque l'animal consomme une nourriture riche en acides gras, mais exempte de graisse. Si l'on ajoute de la graisse, la ligature provoque un gonflement énorme des chylifères, pouvant amener la rupture de la citerne, ainsi que de l'œdème.

Le sang contient toujours, tant chez l'animal à jeun que chez l'animal en digestion, une petite quantité d'acides gras libres. Après ingestion d'acides gras seuls, l'intestin contient toujours une assez grande quantité de graisse neutre.

Après ingestion de graisse neutre à point de fusion élevé, on trouve cependant dans le chyle de la graisse à point de fusion peu élevé. Dans ce cas, les excréments peuvent contenir de la graisse à point de fusion très élevé. Toutes les expériences ont été faites sur le chien.

LÉON FREDERICQ.

**I. — Influence du sucre de raisin sur l'homme sain, par W. WERECHTCHAGUINE et S. NOSENKO** (*Vratch, n° 45, 1894, et Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

**II. — Influence du sucre de canne sur l'assimilation de l'azote, des graisses et sur l'échange des matières chez l'homme sain, par ZIRKOUNENKO et TCHERNAVKINE** (*Ibidem, n° 46*).

I. — Pris à l'intérieur à la dose de 70 grammes par jour, le sucre de raisin produit chez l'homme sain, les changements suivants : l'assimilation de l'azote et des graisses de l'alimentation s'améliore ; l'échange des matières azotées se ralentit. Non seulement, on n'observe pas d'action diurétique, mais au contraire la sécrétion urinaire est diminuée ; la quantité de produits urinaires incomplètement oxydés est diminuée ; la quantité du soufre neutre dans l'urine est augmentée, celle des acides éthéro-sulfuriques est diminuée ; la quantité des selles est augmentée en même temps que sa teneur en eau s'accroît ; les pertes cutanéo-pulmonaires sont accrues. Malgré cette augmentation de la transpiration cutanéo-pulmonaire, malgré l'augmentation du taux de l'eau dans les selles excrétées en plus grande abondance, l'élimination de l'eau de l'organisme est plus restreinte. Quant à l'action du sucre sur le poids de l'organisme, on ne peut rien dire de précis.

Parmi les phénomènes accessoires, on a noté chez la plupart des sujets en expérience, une sensation de plénitude au creux épigastrique, une sensation de satiété ; pas de météorisme. Chez deux sur dix, la soif était accrue ; chez deux la quantité des selles a doublé, sans être diarrhéiques. Ni dans les urines, ni dans les selles, on n'a trouvé une seule fois la présence du sucre.

II. — Dix hommes âgés de 22 à 25 ans, recevaient pendant 5 jours 75 grammes de sucre de canne par jour et pendant 5 autres jours

150 grammes. La moitié recevait d'abord la dose ordinaire (75 gr.) et puis la dose forte (150 gr.), l'autre moitié était soumise à l'ordre inverse. En prenant les moyennes des résultats obtenus, les auteurs concluent :

1° L'assimilation de l'azote diminue de 2,59 0/0 ;

2° Le taux d'échanges des matières azotées diminue de 2,84 0/0 ;

3° Le taux du soufre neutre de l'urine par rapport au soufre acide diminue de 2,44 0/0 ;

4° Le rapport entre l'acide sulfurique préformé et les acides éthérosulfuriques diminue de 1,63 0/0 ;

5° Le taux de l'assimilation des graisses augmente de 1 à 3 0/0 ;

6° La teneur des selles en eau augmente de 2,5 0/0 ;

7° La quantité des urines augmente de 685 grammes ;

8° La transpiration cutanéo-pulmonaire augmente en moyenne de 1,809 grammes ;

9° La quantité d'eau éliminée a dépassé pendant tout le temps de l'expérience celle qui a été ingérée de 1,949 grammes ;

10° Le poids du corps n'a pas présenté des variations notables d'après les périodes. H. FRENKEL.

**I. — Hypothèses sur la physiologie des centres nerveux, par Mathias DUVAL** (*Soc. de biologie, p. 75, 2 février 1895*).

**II. — Théorie mécanique de la paralysie hystérique : somnambulisme, sommeil naturel, par R. LÉPINE** (*Ibid., 9 février 1895*).

I. — M. Duval imagine que les connexions arborescentes des neurones ne sont pas fixes, qu'elles sont adventices, qu'elles se comportent comme des prolongements amœboïdes mobiles. Cette supposition a l'avantage de matérialiser les explications physiologiques de beaucoup de phénomènes nerveux, qui exigent que des communications entre éléments nerveux s'établissent ou deviennent plus faciles, plus habituelles, plus automatiques. Tandis que les physiologistes attribuent à des conditions dynamiques cette adventicité des relations cellulaires (excitabilité plus grande, etc.), on conçoit qu'une condition anatomique soit plus claire. En second lieu l'hypothèse de l'amœboïsme des ramifications nerveuses est en accord avec ce que l'on sait des cellules olfactives et des bâtonnets optiques.

II. — Cette théorie consiste à admettre entre les ramifications des neurones des ruptures et des rétablissements de contact pour expliquer surtout la soudaineté des phénomènes. DASTRE.

**Further researches on eye movements, par RISIEN RUSSELL** (*The Journal of physiol., XVII, p. 378*).

Les points examinés dans ce mémoire sont relatifs aux objets suivants : mouvements oculaires représentés dans les hémisphères cérébraux du chien et du chat ; position des yeux pendant les convulsions générales chez les chiens et chats dont le système nerveux périphérique et central est intact ; mêmes observations dans le cas où la sphère visuelle d'un hémisphère cérébral a été extirpée ; mêmes observations après l'ablation

d'une moitié latérale du cervelet. Le déplacement des yeux durant les convulsions ne peut être expliqué que par des décharges des centres corticaux différents de l'aire frontale ou de l'écorce cérébelleuse. L'emploi de l'absinthe provoque les décharges de ces centres inconnus dominant celles qui émaneraient de l'aire frontale ou de l'écorce cérébelleuse.

DASTRE.

**Ueber die Abhängigkeit centraler und peripherer Sehschärfe von der Lichtstärke (Relation entre l'intensité de l'éclairage et l'acuité visuelle centrale et périphérique), par von KRIES** (*Centralbl. f. Physiol., VIII, p. 694*).

Les conditions du fonctionnement de la rétine sont très différentes lorsque l'œil est adapté pour un éclairage très faible. Dans ce cas les couleurs ne sont pour ainsi dire pas perçues; de plus, il y a exagération de l'effet des rayons à courte longueur d'onde (le maximum de clarté du spectre est déplacé dans le vert). L'auteur admet que dans ce cas les bâtonnets fonctionnent seuls. L'acuité visuelle est alors nulle au niveau de la macula. Dans les parties périphériques de la rétine, l'acuité visuelle est la même pour l'éclairage faible et pour l'éclairage ordinaire.

Chez les individus atteints de cécité complète pour les couleurs, il est probable qu'il n'y a également que la vision par les bâtonnets. Dans ce cas comme dans celui de la vision avec un éclairage très faible, l'acuité visuelle est comprise entre 1/4 et 1/10. Il serait intéressant d'examiner chez des individus atteints de cécité colorée complète, comment se comporte l'acuité visuelle au niveau de la macula et à de petites distances de celle-ci (à 12° par ex.). La photophobie et le nystagmus que montrent ces dyschromatopsiques est sans doute en rapport avec la vision par les bâtonnets seuls.

LÉON FREDERICQ.

**Untersuchungen über den Lichtsinn (Recherches sur la vision), par K. PETREN** (*Skandinav. Archiv f. Physiol., IV, p. 421*).

Ces recherches ont eu pour objet de déterminer la durée de l'excitation nécessaire pour produire une sensation visuelle. L'auteur indique les précautions qu'exige l'expérience, à savoir: d'éclairer le champ visuel tout entier (sauf les parties périphériques extrêmes) avec une lumière homogène, à l'exception de la partie de la rétine qui sera excitée, et pendant le temps de l'excitation. Le temps d'excitation nécessaire pour produire une sensation visuelle est d'environ 1/1000 de seconde. Lorsque ce temps est faible, ses variations sont peu senties: la sensibilité augmente avec la durée, et reste constante à partir d'une certaine grandeur. La plus faible variation appréciée a été de 1/12. La durée nécessaire pour la plus forte sensation ne peut être fixée avec certitude; mais elle n'est pas moindre de 3/10 de seconde. La durée nécessaire pour apprécier une forme (sensation de forme) est minima pour un angle visuel de 35'.

DASTRE.

**Contribution à l'anatomie et à la physiologie de l'iris, par JULER** (*Revue générale d'opht., septembre 1894*).

Juler a vérifié les travaux de Schwalbe, Teacher Collins, etc., démontrant la continuité de la couche épithéliale postérieure de l'iris avec

l'épithélium de la région ciliaire. Il a trouvé, en outre, une rangée de cellules cubiques avoisinant la partie postérieure de l'iris. En face de cette rangée se trouve une couche uniforme de fibres musculaires lisses sur une épaisseur de deux à trois éléments anatomiques. Entre cette couche et l'épithélium postérieur existe une rangée de noyaux ovales ou arrondis dépourvus de protoplasma. Ces noyaux semblent se continuer avec les cellules pigmentées cubiques de la région ciliaire. Les fibres musculaires lisses semblent s'attacher aux tractus du ligament pectiné en dehors et se continuent en dedans avec le sphincter pupillaire. Ce muscle a deux actions : 1° il dilate la pupille ; 2° par son action sur le ligament pectiné il tend à clore les lacunes de Fontana. Ce muscle (dilatateur pupillaire), admis par Schaeffer, Dogiel, Schwalbe, est nié par Gram qui le considère comme appartenant au tissu élastique, et par d'autres.

Récemment sa présence a été établie en physiologie par les expériences de Langley et Anderson. ROHMER.

**La sensibilité de l'œil aux couleurs spectrales; fonctions des éléments rétiniens et du pourpre visuel, par H. PARINAUD** (*Annales d'oculist.*, *octobre 1894*).

Si l'on détermine l'intensité lumineuse des différentes régions d'un spectre, en premier lieu à la lumière diffuse du jour (rétine non adaptée), en second lieu dans l'obscurité, après que la rétine a été soustraite à l'action de toute lumière pendant une vingtaine de minutes (rétine adaptée), on trouve que l'accroissement de sensibilité qui se produit sur la rétine, dans l'obscurité, intéresse très inégalement les radiations de réfrangibilité différente.

On peut exprimer la sensibilité de la rétine non adaptée et celle de la rétine adaptée, par deux courbes, en prenant comme unité de mesure le minimum de lumière perçue, lorsque la rétine a acquis son maximum de sensibilité par un séjour de 20 à 30 minutes dans l'obscurité. Les radiations qui donnent ce mimimum sont celles comprises entre les raies E et F de Fraunhofer. Les valeurs comprises entre les deux courbes expriment l'accroissement de sensibilité produit par l'obscuration de la rétine.

Cet accroissement de sensibilité nul pour le rouge jusqu'à la raie C, devient bien appréciable au niveau de la raie D, où il est représenté par le rapport 1/50. Ce rapport atteint en E 1/100, en F 1/400, en G 1/1400. Ces chiffres expriment des moyennes et n'ont pas une valeur absolue.

Cet accroissement de sensibilité de la rétine soumise à l'obscuration offre un autre caractère. Il ne porte que sur l'un des facteurs de la sensation produite par les radiations simples, sur la clarté ou valeur blanche de la couleur. La couleur, en même temps qu'elle paraît plus lumineuse, paraît moins saturée. L'effet de cette modification subjective de la sensibilité rétinienne est le même que si l'on ajoutait de la lumière blanche à la couleur. Finalement, la sensibilité pour la lumière devient tellement prépondérante sur celle de la couleur que, sous une faible intensité, la couleur la plus pure ne donne qu'une sensation de lumière incolore, à l'exception du rouge qui, ne participant pas à l'accroissement de sensibilité, est toujours perçu comme rouge, quelle que soit son intensité, quel que soit le degré d'adaptation de la rétine.

De ces deux propriétés de la rétine, il résulte qu'avec des radiations

dont l'énergie reste fixe, la sensation peut varier d'intensité et de qualité, dans des proportions considérables et différentes pour chaque couleur du spectre.

Cet accroissement de sensibilité de la rétine soumise à l'obscuration ne se produit pas dans la fovea. Il en résulte qu'après l'obscuration, la sensibilité devient beaucoup plus considérable dans les parties périphériques de la rétine que dans la fovea, mais, comme on peut le prévoir, la différence entre la sensibilité de la fovea et celle des parties voisines varie suivant les couleurs observées. Nulle pour le rouge, cette différence commence à être appréciable pour le jaune, et augmente rapidement quand on se rapproche de l'extrémité violette du spectre. Enfin, les lumières simples d'intensité croissante déterminent primitivement une sensation de couleur dans la fovea, alors que sur les autres parties de la rétine ces mêmes lumières simples, le rouge excepté, déterminent primitivement une sensation de lumière incolore.

*Déductions physiologiques.* La fovea ne renferme que des cônes, elle est dépourvue de bâtonnets et de pourpre. Puisque l'accroissement de sensibilité qui caractérise l'adaptation nocturne fait défaut dans la fovea, il faut en conclure que ces éléments y sont étrangers, et que cette fonction appartient aux bâtonnets.

Le mode d'excitation de la lumière est différent pour les deux espèces d'éléments, la sensation qu'ils déterminent est différente également. C'est l'impression des cônes qui, dans le cerveau, se spécialise en sensation de couleur. Les bâtonnets ne donnent qu'une sensation de lumière incolore. Il y a deux modes distincts de sensibilité à la lumière dans la rétine, deux fonctions en quelque sorte superposées. La fonction des bâtonnets et du pourpre n'est pas essentielle. Elle est en rapport avec l'adaptation aux différences d'éclairage et la vision nocturne. Cette dernière conclusion, tirée des expériences physiologiques, est confirmée par la clinique. Parinaud l'avait déja tirée de ses recherches sur l'héméralopie qui résulte, selon lui, d'un trouble de sécrétion du pourpre.

L'action du pourpre est de la nature des phénomènes de fluorescence, mais ils ne lui ont attribué aucun rôle physiologique. En effet elle augmente par le séjour dans l'obscurité, de même que la sensibilité de la rétine. La sensation déterminée par la lumière, surtout la bleue et la violette, sur la rétine soumise à l'obscuration, est une sensation spéciale qui offre la plus grande ressemblance avec celle que donnent les corps fluorescents.

Enfin les expériences de Parinaud fournissent une preuve encore plus directe du rôle de la fluorescence. D'après la loi de Stokes, la lumière émise par les substances fluorescentes est toujours d'une réfrangibilité moindre que la lumière absorbée. Les radiations les plus réfrangibles, violettes et ultra violettes, sont pour cela les plus propres à développer la fluorescence. Avec certaines subtances on peut les développer avec les radiations moins réfrangibles, bleues, vertes et même, quoique très faiblement, avec les jaunes, mais jamais la fluorescence ne se produit avec les radiations rouges.

On ne doit pas cependant identifier d'une manière complète l'action du pourpre visuel avec la fluorescence des matières inorganiques, qui est un phénomène d'ordre purement physique ne donnant lieu à aucune produc-

tion d'énergie. D'après les expériences de Dewar et de Joannes Chatin, l'action de la lumière sur la rétine développe un courant électrique, et il n'est pas douteux que ce courant ait sa principale cause dans la réaction dont le pourpre est le siège. A. C.

**De l'influence de la réfrigération de la peau sur la sécrétion urinaire, par DELEZENNE** (*Bull. méd. du Nord, n° 13, p. 281*).

D'expériences faites sur des chiens réfrigérés au moyen d'affusions d'eau à 10° ou d'application de compresses glacées, il résulte que la réfrigération de la peau diminue instantanément la sécrétion urinaire et la réduit à la moitié, au tiers, ou moins encore, de ce qu'elle était auparavant. Ce n'est que 20 à 30 minutes après l'application du froid que la sécrétion urinaire reprend son activité première. LEFLAIVE.

---

# CHIMIE MÉDICALE.

**Untersuchungen über den Wasser und Eiweissgehalt des Blutes..... (Recherches sur la teneur en eau et albumines du sang chez l'homme malade), par MAXON** (*Deutsche Arch. f. klin. Med., LIII, p. 399*).

M. opère sur 5 à 10 grammes de sang obtenu par la ventouse scarifiée et pesé avant et après dessication. Il conclut de ses recherches : la teneur en substances sèches (albumine et hémoglobine) du sang total augmente et diminue de telle sorte que de la quantité de l'une on peut déduire celle de l'autre substance. Dans les maladies du cœur, la teneur du sang en eau n'est pas augmentée, mais un peu au-dessous de la normale. Ce n'est que dans l'anémie et la chlorose que la teneur en albumine est abaissée et la teneur en eau augmentée et ici encore nous trouvons le rapport constant entre l'hémoglobine et l'albumine. On peut donc déduire, de la mensuration de l'hémoglobine, quelle diminution ont subie, dans les maladies, les substances albuminoïdes du sang. C. LUZET.

**Contributo allo studio del fermento emodiastasico, par CASTELLINO et A. PARACCA** (*Il Morgagni, p. 480, août 1894*).

Le pouvoir diastasique du sérum est moindre chez l'homme que chez les animaux. Le pouvoir saccharifiant du sérum augmente dans les états morbides qui s'accompagnent de perturbation de la crase sanguine, proportionnellement à l'intensité de ceux-ci. L'hémodiastase est en rapport avec le pouvoir globulicide, coagulant et saccharifiant du sérum. Le pou-

voir saccharifiant augmente dans les sérums qui ont séjourné au contact du sang coagulé. L'adjonction de nucléine pure et neutre, de chlorure de sodium, de sulfate de soude augmente, en proportions variables, les propriétés saccharifiantes du sérum. L'acidification du liquide diminue beaucoup ou même suspend l'action du ferment. Le maintien à une température de 28° pendant 24 heures est la meilleure condition pour développer la fonction diastasique du sérum humain ; le maintien à une température de 50 à 60° pendant 10 heures le suspend complètement. Le ferment saccharifiant se trouve, selon toute probabilité, contenu dans les éléments figurés du sang, en particulier dans les leucocytes et les abandonne au moment de leurs altérations et la désagrégation de leur masse.

GEORGES THIBIERGE.

**Toxicité du sérum du sang; séparation des matières coagulatrices et toxiques, par MAIRET et BOSC** (*Soc. de biol., 20 octobre 1894*).

Les principes actifs du sérum (toxiques et coagulateurs) sont localisés dans le précipité alcoolique. L'alcool faible précipite les principes coagulateurs dans le sérum ; un alcool plus fort précipite les principes toxiques dans le filtratum obtenu. Il est donc possible de séparer chimiquement ces deux espèces de principes. Ils sont d'ailleurs, les uns et les autres, d'après ces auteurs, de nature albuminoïde. DASTRE.

**Ueber das Vorkommen von Glykogen in Blut und Eiter (Présence du glycogène dans le sang et le pus, par HUPPERT** (*Zeitsch. f. Physiol. Chemie, XVIII, p. 144*).

La coloration par l'iode ne caractérise pas le glycogène. La myéline des nerfs donne exactement la même coloration avec l'iode, et cela en totalité. Il y a d'autres substances pareilles.

La réaction offerte par les leucocytes du pus, et quelquefois ceux du sang, mais non toujours, n'est donc pas caractéristique. G. Salmon (1877) avait annoncé la présence du glycogène dans le sang, il avait été combattu par Hoppe-Seyler. L'auteur reprend la question avec Czerny.

Il ajoute de petites quantités ($0^{gr},05$ à $0^{gr},1$) de glycogène à quelques centaines de centimètres cubes de sang oxalaté ou fluoré, et cherche combien on en retrouve, au moyen du polarimètre, le pouvoir rotatoire du glycogène étant fixé à 196,63. Le procédé de Brücke n'était pas applicable. L'amidon soluble, l'amylodextrine et le glycogène sont précipités en solution chlorhydrique par l'acide phosphotungstique. Mais cette méthode, de même que celle de Landwher, a échoué. Il y a deux raisons à cette disparition du glycogène : c'est d'abord que le ferment diastasique du sang peut le saccharifier et aussi que le coagulum albuminoïde peut le retenir. Enfin, la soude à 6,4 pour 1,000, en trois heures à 100°, a fait perdre 35 milligrammes de glycogène d'une solution de 100 milligrammes dans 100 centimètres cubes d'eau. De ces trois causes c'est la seconde qui domine. Elles expliquent l'échec de Nasse (1866), de Barfurth (1885) et de Prausnitz (1890), pour le sang; de Naunyn (1875), pour le pus. L'auteur opère sur 200 centimètres cubes de sang, au moins, pour le chien ; sur 2 à 3 kilogrammes de sang de bœuf. Il décrit la méthode

employée, consistant essentiellement à écarter la plus grande partie des albuminoïdes par le sulfate de cuivre, et le reste par la liqueur de Brücke, après s'être débarrassé du cuivre par le sulfure d'ammonium. Le procédé est plus simple dans le cas du pus. Huppert et Czerny ont ainsi obtenu du glycogène en nature. Le glycogène est, d'après eux, un élément constituant du sang : il appartient aux leucocytes, vraisemblablement. La saignée n'augmente pas la quantité de glycogène. Le sang du chien et de l'animal allaité (veau) en contient plus que le sang des herbivores. L'histolyse (formation d'abcès et dyspnée persistante) produit l'apparition dans les leucocytes d'une matière colorable par l'iode et l'accroissement du glycogène dans le sang. DASTRE.

**I. — Sur la présence de méthémoglobine dans le sang circulant des batraciens, par Angelo PUGLIESE** (*Arch. ital. de biologie, XXII, p. 26, et Accad. dei fisiocrit. di Siena, VI, p. 233*).

**II. — Sur l'action méthémoglobinogène du venin de crapaud, par Le Même** (*Ibid., p. 79 et p. 291*).

I. — La détermination se fait au moyen du spectroscope. On reconnaît dans le sang examiné le spectre de la méthémoglobine acide qui est d'ailleurs d'origine endoglobulaire, car le sang centrifugé donne un sérum incolore. Elle a offert cette particularité d'être permanente pendant plus de 3 mois au lieu de disparaître rapidement comme cela a lieu d'habitude (Hayem). Quant à la cause de cet état, elle est restée inconnue.

II. — On a nié l'action sur la matière colorante du sang du venin de crapaud, du triton, du naja tripudians, etc. (Fornara, Capparrelli, Brunton et Fayrer). Cependant Carreau (1893) a attribué à une méthémoglobienne suraigüe, l'intoxication avec le sérum de Bothrops lanceolatus. P. constate que le venin de crapaud a une action méthémoglobinogène sur le sang même du crapaud, hors de l'organisme. En ajoutant à une solution de sang un excès de venin de crapaud, il se forme de l'hématine en solution acide. Cette action du venin est notablement affaiblie quand on neutralise l'acidité propre du venin. Elle s'exerce d'ailleurs sur l'hémoglobine dissoute et non sur l'hémoglobine globulaire. DASTRE.

**Sur les modifications de la quantité relative d'oxyhémoglobine contenue dans le sang des myxœdémateux, par P. MASOIN** (*Soc. de biol., p. 73, 2 février 1895*).

Krœpelin (1892) a trouvé chez des myxœdémateux des quantités d'oxyhémoglobine dans le sang variant de 10,43 0/0 à 13,67 0/0. L'auteur de son côté a pratiqué 3 examens de ce genre et a trouvé dans les 3 cas 6 à 7 0/0 d'oxyhémoglobine, c'est-à-dire un nombre correspondant à la moitié de la teneur normale, et non pas à cette teneur elle-même comme Krœpelin. L'examen des animaux thyroïdectomisés a conduit au même résultat. DASTRE.

**Die Dissociations-curve des Kohlenoxydhämoglobins (La courbe de dissociation de l'hémoglobine oxycarbonée), par J. BOCK** (*Centralbl. f. Physiologie, VIII, p. 385, 1894*).

L'auteur étudie les quantités d'oxyde de carbone qu'un gramme d'hémoglobine est capable d'absorber aux différentes pressions partielles de CO. Cette quantité croît très rapidement entre 0 et $0^{mm},9$ de pression de CO et est, pour cette dernière pression, représentée par $1^{cc},2$ de CO environ. Au delà d'un millimètre de pression, la proportion de CO absorbée ne croît plus que d'une façon insignifiante. LÉON FREDERICQ.

**Hematoporphyrin in normal urine, par A. GARROD** (*The Journal of physiol., XVII, p. 349*).

Garrod et Gowland Hopkins, par des méthodes différentes, ont reconnu l'existence de petites quantités d'hématoporphyrine dans l'urine normale. La méthode consiste à précipiter le pigment avec les phosphates urinaires, à dissoudre dans l'alcool chlorhydrique (hématoporphyrine acide), à neutraliser par l'ammoniaque et reprécipiter par l'acide acétique (hématoporphyrine soi-disant alcaline). L'examen doit être fait sous grande épaisseur avec le spectroscope à vision directe. Sur 20 sujets adultes, bien portants, on a toujours trouvé l'hématoporphyrine. Elle paraît être un élément constant de ce liquide. DASTRE.

**Le soufre dans la molécule des corps albuminoïdes, par P. MALERBA** (*Archives ital. de biol., XXII, p. 84*).

Le soufre existe sous deux formes dans la molécule albuminoïde. La première est labile et séparée quand on traite par l'acétate de plomb une solution de l'albuminoïde dans la soude ou potasse (Mülder, Danilewsky, Neumeister, etc.). La seconde est une combinaison stable qui ne peut être obtenue qu'à l'état d'acide sulfurique par une décomposition avancée de la molécule. L'auteur a recherché, pour un certain nombre de substances albuminoïdes, l'une et l'autre quantité de soufre. Il emploie 25 centigrammes dissous dans 20 centigrammes de potasse à 20 0/0. On ajoute le même nombre de gouttes de solution d'acétate de plomb. On cherche à quelle température apparaît le sulfure de plomb. L'action commence pour la *glutine*, l'*ovo-albumine*, la *séro-albumine*, la *fibrine* et la *peptone*, à 35°, couleur jaune, passant au noirâtre à 75° et au noir à 90°-95° avec formation du précipité de sulfure de plomb. Pour la *kératine*, elle se colore, à froid, en rouge foncé et, à 40°-45°, en noir avec précipité. Inversement la caséine, l'albumine végétale, la vitelline, l'ovovitelline, la myosine, la lacto-caséine, gélatine, chrondrine, nucléine, restent incolores ou jaunissent seulement légèrement à 95°-100°. La globuline et paraglobuline jaunissent, mais sans précipité noir. La première série seule a donc été étudiée. On a dosé le soufre total par la méthode de Liebig-Hammarsten. Après séparation du sulfure de plomb, on faisait une nouvelle détermination du soufre. On trouva les chiffres suivants : albumine de l'œuf, soufre stable 1,22 0/0, soufre labile 0,49 ; fibrine, 0,74 et 0,41 ; albumine du sérum (cheval) 1,24 et 0,51 ; peptone (albumose) 2,18 et 0,47 ; kératine, 3,68 et 0,81 ; glutine, 0,71 et 0,48. DASTRE.

**Zur Chemie der Eiweisskörper (Sur la chimie des albuminoïdes), par Léon LILIENFELD** (*Archiv f. Physiol., p. 555, 1894*).

Par condensation de l'éther éthylamidoacétique et des éthers éthyliques de la leucine, se forment des corps analogues aux peptones.

Il se forme pareillement une substance analogue à l'albumine naturelle, par condensation de la glycine avec les éthers des acides amidés, en présence de petites quantités d'aldéhyde formique. Cette albumine artificielle se coagule par la chaleur, l'alcool, etc., et donne toutes les réactions colorées de l'albumine. LÉON FREDERICQ.

**Beitrag zur Physiologie der Kohlehydrate (Contribution à la physiologie des hydrates de carbone), par A. KOSSEL** (*Archiv f. Physiol., p. 536, 1894*).

L'acide nucléinique de la levure fournit sous l'action des acides dilués, deux hydrates de carbone, une hexose et une pentose. O. Hammarsten a pareillement obtenu une pentose réductrice par décomposition de l'acide nucléinique du pancréas. L'auteur trouve pareillement que l'acide nucléinique (acide adényle) du thymus se décompose sous l'influence de l'acide sulfurique à chaud, en fournissant de l'acide formique et de l'acide lévulique. Ce dernier est caractéristique de la présence des hydrates de carbone. L'hydrate de carbone de l'acide du thymus ne réduit pas le sulfate de cuivre.

C'est une nouvelle source d'hydrates de carbone à ajouter à celles qui étaient déjà connues et parmi lesquelles on peut citer les mucines, les protagones, la jecorine, l'acide chondroïtique, etc. LÉON FREDERICQ.

**Ueber die densimetrische Bestimmung des Eiweisses (Détermination densimétrique de l'albumine), par Th. LOHNSTEIN** (*Archiv f. die ges. Physiologie, LIX, p. 479*).

La détermination précise de l'albumine exige une longue dessiccation des filtres et une pesée. Pour les usages cliniques, il faut des méthodes plus rapides. Neubauer, Vogel, Esbach, Christensen, Roberts, Stolnikoff, etc., en ont imaginé de telles. Mais avec beaucoup de ces méthodes, celle d'Esbach, par exemple, l'erreur dépasse 100 pour 100. Après avoir critiqué ces procédés, l'auteur recommande une méthode densimétrique qui fournit des résultats suffisamment concordants avec les déterminations par le ferrocyanure de potassium et, par conséquent, convenable à la pratique clinique. DASTRE.

**I. — Ueber Fleischsäure (Sur l'acide carnique), par Max SIEGFRIED** (*Arch. f. Physiologie, p. 401, 1894*).

**II. — Ueber die Resorption des Carniferrrins (Sur la résorption de la carniferrine), par W.-S. HALL** (*Ibid., p. 455, 1894*).

I. — L'extrait de viande, débarrassé des phosphates par la baryte, fournit par le perchlorure de fer un précipité brun d'une substance à laquelle l'auteur donne le nom de *carniferrine*. La carniferrine est un sel de fer d'un acide conjugué contenant de l'acide phosphorique et un acide

nouveau (*acide de la viande*, *fleischsäure*). En décomposant la carniferrine par la baryte, on obtient l'*acide carnique* à l'état de sel de baryum. Cet acide a pour formule $C_{10}Az_3O_5H_{13}$, il paraît identique au produit de la digestion pancréatique auquel Kühne a donné le nom d'*antipeptone*. L'acide de la viande est décomposé par l'acide chlorhydrique en lysatinine, lysine et autres acides amidés.

L'acide de la viande se trouve normalement dans le suc musculaire ; on l'obtient également dans la décomposition des albuminoïdes par l'acide chlorhydrique.

Nous renvoyons à l'original pour le détail des propriétés et des réactions de ce nouvel acide.

II. — La combinaison de fer d'acide phosphorique et d'acide de la viande à laquelle M. Siegfried a donné le nom de carniferrine est facilement résorbée à la surface de l'intestin.

Historique très complet de la question de la résorption du fer.

LÉON FREDERICQ.

**Réactif pour l'acétone et l'acide urique, par MALERBA** (*Arch. ital de biol.*, *XXII*, *p. 86*).

Les réactifs de l'acétone ont été donnés par Lieben, Gunning, Reynolds, Legal, Pengoldt, Chautard. L'auteur en fournit un nouveau qui se prête à l'examen spectroscopique. On fait une solution de 5 0/0 de chlorhydrate de diméthyl-paraphénylendiamine $AzH_2C_6H_4(CH_5)^2$. On en ajoute 5 à 10 gouttes à la solution étendue d'acétone. La couleur violette passe au rose et le lendemain au rouge. Au spectroscope, il y a deux raies analogues à celles de l'oxyhémoglobine. Pour l'acide urique, on évapore avec l'acide nitrique concentré, et quand le résidu est complètement sec, on ajoute quelques gouttes de la solution précédente. On obtient une élégante coloration bleue avec légère teinte violette. Cette réaction équivaut à celle de la murexide.

DASTRE.

**Ueber die Bestimmung des Harnstoffes im Harn (Détermination de l'urée dans l'urine), par A. KOSSEL et SCHMIED** (*Archiv f. Physiol.*, *p. 552*, *1894*).

L'auteur recommande le procédé de Schmied comme plus exact que ceux de Mörner-Sjöqvist et de Cazeneuve-Hugounenq.

10 centimètres cubes d'urine additionnés de carbonate de baryum sont renfermés dans un tube de verre à base de soude et chauffés pendant une heure à + 180°. Le contenu du tube est distillé en présence de baryte. Le produit de la distillation est recueilli dans de l'acide normal au 1/10.

LÉON FREDERICQ.

**Sur la détermination de l'acidité totale dans les urines, par S. CAPRANICA** (*Arch. ital. de biol*, *XXII*, *p. 114*, *et Accad. di Genova*, *avril 1894*).

L'obstacle à la détermination de l'acidité vient des matières colorantes de l'urine. Pour les écarter l'auteur se sert d'un charbon animal pur, non pas celui du commerce qui ne peut pas l'être, mais d'un charbon purifié par l'acide chlorhydrique et l'acide fluorhydrique absolument purs. On agite l'urine avec le charbon et l'on détermine l'acidité. Cette

seconde opération est facile, tandis que la première l'est moins. Si l'on compare l'acidité avant et après décoloration, on constate que l'acidité se trouve diminuée. Les matières colorantes se comportent comme si elles avaient une réaction acide par elles-mêmes. Avant l'emploi du charbon, on est obligé d'étendre le liquide au double ou au triple pour exécuter la détermination. Les urines à coloration très intense, noirâtre ou jaune-brun sont en général alcalines. L'ébullition à l'air libre ou dans le vide, n'influent pas sur la détermination de l'acidité. DASTRE.

**Sulla tossicità dell' orina dei malarici, par BOTTAZZI et PENSUTI** (*Lo Sperimentale, parte biol., p. 232, 1894*).

Dans les fièvres malariques les urines de l'accès sont moins toxiques que celles émises dans la période d'apyrexie, et celles-ci le sont plus que les urines normales. La toxicité urinaire augmente à mesure que les accès fébriles se succèdent. Comme les symptômes provoqués chez le lapin ne diffèrent pas de ceux produits par les urines normales, il n'y a pas besoin d'invoquer une toxine spéciale; il suffit de noter que les sels de potasse, l'acide phosphorique, les pigments, les peptones sont en grande quantité dans ces urines. Les urines fébriles donnent une intoxication plus lente avec sommeil, augmentation de diurèse, diarrhée et mydriase ; les urines apyrétiques produisent un empoisonnement plus aigu, quelquefois foudroyant, avec secousses cloniques et toniques, myosis, exorbitisme, expiration spasmodique. Il semble donc que pour les urines fébriles, la polyurie et la diarrhée soient dues à l'augmentation d'urée et le sommeil aux peptones ; pour les urines apyrétiques, les sels de potasse, l'acide phosphorique, l'urobiline exercent une action convulsivante. C'est dans la destruction progressive du sang et des tissus qu'on doit chercher l'explication de l'augmentation progressive de la toxicité urinaire au cours de la maladie.

C. LUZET.

**Sur une réaction décelant la présence de la créatinine dans les urines de l'homme, par OECHSNER DE CONINCK** (*Soc. de biol., 9 février 1895*).

Il s'agit de la réaction qui consiste à traiter l'urine par le nitro-prussiate de soude et la soude. On observe une coloration rouge-bourgogne fugace. Il est très probable que cette coloration obtenue en milieu alcalin est due à une substance autre que la créatinine. La réaction mérite, au contraire, confiance lorsque l'urine est acide naturellement ou qu'elle est acidifiée par l'acide acétique et que l'on opère sur une grande quantité, 120 à 150 centimètres cubes. On ajoute quelques gouttes d'une solution aqueuse étendue de nitroprussiate de soude, puis quelques gouttes également de lessive de soude, en quantité insuffisante pour précipiter les phosphates terreux. Cette réaction ne mérite qu'une confiance très limitée quand on a affaire aux urines pathologiques. DASTRE.

**Toxicité urinaire dans la variole, par AUCHÉ et JONCHÈRES** (*Soc. de biologie, 29 décembre 1894*).

Dans la variole discrète, la quantité des urines varie d'un malade à l'autre de 700 à 1,300 au stade de suppuration, de 700 à 2,500 au moment

de la défervescence. La courbe urinaire, élevée au stade d'éruption, s'abaisse au stade de suppuration et se relève notablement au moment de la défervescence (crise urinaire). La toxicité, normale à l'éruption s'abaisse à la suppuration, se relève à la défervescence (décharge urotoxique).

Dans la variole hémorragique d'emblée, la courbe et la toxicité urinaires baissent jusqu'à la mort. DASTRE.

**Toxicité urinaire chez les cancéreux, par GAUDIER et HILT** (*Soc. de biologie, 22 décembre 1894*).

Les malades étaient porteurs de cancers opérables ; ils n'étaient point cachectiques ; il y avait intégrité des reins et de l'appareil digestif. La toxicité urinaire, chez ces cancéreux, a toujours été supérieure à la normale (0,60 à 0,90 au lieu de 0,45). En même temps diminution de l'urée. Cette toxicité exagérée disparaît après l'opération et a repris son taux normal (ainsi que l'excrétion d'urée) au bout de 20 jours. Dans le cas de tumeurs bénignes les auteurs n'ont point trouvé d'exagération de la toxicité urinaire ni de diminution du chiffre de l'urée. DASTRE.

**I. — Quantité de fer contenue dans le foie et la rate d'un fœtus humain normal à terme, par L. LAPICQUE** (*Soc. de biol., 19 janvier 1895*).

**II. — Quantité de fer contenue dans l'urine, par Le Même** (*Ibid., 9 février 1895*).

I. — Le jeune animal doit posséder à sa naissance la réserve de fer nécessaire aux premières phases de son accroissement, sa nourriture exclusive pendant ce temps, le lait, ne lui fournissant que des quantités insuffisantes de ce métal (Bunge). Cette réserve est, pour la plus grande partie, déposée dans le foie. L'auteur examine le foie d'un fœtus venu à terme et mort par accident. Il trouve dans le foie 0,17 de fer pour 1000. Le dosage est fait colorimétriquement. Le sang inclus est apprécié par comparaison au colorimètre avec l'hémoglobine du sang pur de la veine cave. La rate du même fœtus contenait 0,32 pour 1000.

II. — On attribue, en général, à l'urine une teneur en fer de 7 milligrammes par litre (3 à 11), Hamburger a trouvé des nombres approchants, pour l'homme et pour le chien (1876-1878) ; Socin (1891) n'a trouvé chez le chien que des traces impondérables. L'auteur reprend cette étude ; il sépare le fer urinaire sous forme de phosphate ferrique et redissout dans l'acide sulfurique. Il n'a trouvé que des traces impondérables chez l'homme sain, un brightique, un tuberculeux, deux fébricitants. DASTRE.

**The proteids of red marrow, par J.-R. FORREST** (*The Journ. of physiol., XVII, p. 174*).

La moelle rouge des os contient surtout des globules éosinophiles, tandis que le thymus et les ganglions lympathiques renferment surtout des globules non-éosinophiles. La moelle ne contient ni protèses ni peptones : il y a une albumine coagulable entre 70°-75°, à l'état de traces. On obtient une globuline coagulable de 47° à 50° et une nucléo-albumine

ayant les propriétés habituelles, produisant une coagulation par injection intra-vasculaire. La composition de la moelle osseuse ressemble donc à celle de tous les autres tissus riches en cellules. DASTRE.

---

# ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

**Untersuchungen über die Schwankungen des Glycogengehaltes..... (Recherches sur les oscillations de la teneur en glycogène du sang des individus sains et malades), par LIVIERATO** (*Deutsche Arch. f. klin. Med., LIII, p. 303*).

La recherche du glycogène se fait sur une préparation sèche de sang, à l'aide de la gomme iodée. Dans le sang des individus sains, il n'y a que peu de glycogène et seulement en dehors des globules. Sa présence est indépendante de l'alimentation. Chez les individus malades, il y a plus ou moins de glycogène, tantôt en masses extra-cellulaires, tantôt dans l'intérieur des cellules. La présence du glycogène intra-cellulaire est un signe d'hyperglycogénie hématique. Parmi les maladies aiguës, c'est la pneumonie où l'on trouve la plus forte réaction de glycogène dans les globules blancs ; elle est en raison directe de l'étendue du processus pneumonique et de l'élévation thermique ; dans les pneumonies compliquées d'albuminurie et de peptonurie la quantité de glycogène du sang est tout à fait remarquable. Dans la fièvre typhoïde, le glycogène extra-cellulaire croît pendant la période stationnaire, comme la température et comme l'infection ; s'il y a complication pulmonaire la réaction glycogénique est également intense. Dans la phtisie la teneur en glycogène du sang augmente avec les lésions, mais pas autant que dans la pneumonie. Dans les maladies exanthématiques aiguës le glycogène augmente pendant la fièvre, parallèlement à la leucocytose. Dans le rhumatisme articulaire la réaction glycogénique manque souvent totalement malgré l'étendue des localisations et malgré la fièvre. Il croît notablement dans les suppurations multiples, même non accompagnées de fièvre ; il en est ainsi dans l'empyème. Il manque dans les inflammations des séreuses (péritonite, pleurésie, etc.), même avec fièvre élevée. Il est rare ou nul dans les affections du foie ; ainsi que dans les affections cardiaques avec hydropisie des séreuses. Dans un cas de diabète sucré il n'y avait que peu de glycogène extracellulaire ; sa quantité variait en raison inverse de la teneur de l'urine en glycose. Chez les femmes enceintes il n'y a de glycogène intracellulaire que dans la seconde moitié du neuvième mois, en rapport avec la leucocytose plus ou moins prononcée. Chez les accouchées il ne se trouve que pendant les 4 ou 5 premiers jours de l'accouchement et diminue ensuite. L'absorption de sirop et de peptone n'influençait pas la teneur en glycogène du sang dans les cas observés. La peptone ne le faisait apparaître que dans les cas où il n'existait pas auparavant. L'injection sous-

cutanée de 0,50 centigrammes de peptone provoque l'élévation de la température et augmente le glycogène dans le sang. C. LUZET.

**Wassergehalt und Trockensubstanz des Blutes..... (Teneur en eau et extrait sec du sang chez l'homme sain et malade), par STINTZING et GUMPRECHT** (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LIII*, *p. 265*).

L'hygrémométrie est une méthode clinique suffisamment exacte pour mesurer la teneur en eau et substances sèches du sang. Par une piqûre faite à la pulpe du doigt on recueille environ cinq gouttes de sang. On le recouvre aussitôt d'un couvercle, on pèse, on sèche pendant 24 heures à 65-70° et on fait une seconde pesée. On obtient ainsi approximativement l'albumine totale du sang à 1 0/0 près. La teneur moyenne du sang normal atteint chez l'homme 21,6 0/0 de substances sèches, 78,4 d'eau ; chez la femme 19,8 0/0 de substances séches, 80,2 d'eau.

Tandis que cette valeur moyenne est rarement dépassée, les substances sèches diminuent dans les anémies jusqu'à 8,5 0/0. Dans la chlorose la substance sèche diminue davantage que le nombre des globules. Dans la chlorose moyenne (50-80 0/0 HB) la substance sèche est notablement plus abondante que dans les anémies de même teneur en hémoglobine, à cause du plus grand nombre de globules rouges (stromas). Il existe une véritable olyghémie, consistant en une diminution de la quantité totale du sang, avec composition normale de ce liquide. Le sang leucémique est caractérisé par une valeur relativement haute des substances sèches avec diminution de l'hémoglobine. C'est l'exception la plus notable à la règle qui veut que toute anémie soit une hydrémie ; dans la leucémie, on trouve avec une teneur en hémoglobine abaissée une augmentation considérable des autres albuminoïdes, et non de l'eau. Le sang, dans le diabète, ne présente pas d'altération notable des substances sèches et de l'eau. Les troubles de la compensation de la circulation et les maladies rénales amènent un état hydrémique du sang. Les lésions valvulaires non compensées donnent en moyenne une hydrémie plus notable que celles qui sont compensées ; si la compensation se rétablit, l'eau du sang diminue. Le tissu sanguin prend part à l'hydropisie générale ; il existe donc une pléthore séreuse. L'action épaississante exercée par les pertes d'eau et de liquides sur le sang peut être cachée par l'action hydrémiante d'un trouble nutritif général progressif ; ce fait s'observe nettement à la suite des ponctions des cavités séreuses. C. LUZET.

**Ein Beitrag zur Lehre von der acuten Leukämie, par HINTZE** (*Deutsche Archiv f. klin. Med.. LIII*, *p. 377*).

L'auteur croit pouvoir admettre, d'après l'état du sang, la série suivante entre la leucocytose inflammatoire aiguë et la lympho-sarcomatose : 1° maladies aiguës à leucocytose passagère ; 2° maladies infectieuses chroniques avec leucocytose de longue durée et destruction de globules rouges, par exemple, ostéomyélite chronique ; 3° leucémie aiguë, c'est-à-dire maladies fébriles à leucocytose et gonflement des glandes lymphatiques, divisées en *a*) bactériennes, *b*) toxiques ; 4° leucémie chronique à cellules acidophiles et neutrophiles ; 5° lympho-sar-

comatose généralisée avec cellules acido et neutrophiles et leucocytose; 6° lympho-sarcomatose généralisée sans cellules granuleuses, ni leucocytose (pseudoleucémie). C. LUZET.

**Ueber acute Leukämie..... (Sur la leucémie aiguë et ses rapports avec les ulcères du tube digestif), par M. ASKANAZY** (*Archiv für pathol. Anat. u. Physiol., CXXXVII, 1*).

Askanazy décrit avec soin l'observation d'une femme de 37 ans atteinte d'une leucémie aiguë qui entraîna la mort dans l'espace de 2 mois.

Les principales altérations anatomiques sont les suivantes : pendant la vie, on n'a pu constater l'augmentation de volume de la rate et des ganglions lymphatiques ; à l'autopsie, ils présentent à peine un léger gonflement.

Bien que les globules blancs qui circulent dans le sang soient le siège de phénomènes karyokinétiques, le nombre de mitoses ne permet pas de regarder les globules blancs comme produisant, par leur prolifération, la quantité énorme de leucocytes caractérisant la leucémie.

La moelle des os longs (humérus), au lieu d'être graisseuse, est rouge et présente les caractères lymphoïdes. Il s'agit donc d'une multiplication hyperplasique des éléments médullaires, qui, en se divisant, amenaient la production du nombre considérable de globules blancs. La moelle rouge des côtes, était également caractérisée par le petit nombre de globules rouges nucléés. Ces deux faits semblent indiquer que la moelle des os, non seulement retournait à un stade embryonnaire, mais encore que les jeunes cellules lymphatiques étaient incapables d'évoluer de façon à se transformer en globules rouges.

La muqueuse digestive était le siège d'une infiltration lymphoïde, accompagnée d'ulcérations des gencives, du pharynx et du gros intestin.

Malgré les recherches les plus minutieuses, il fut impossible de trouver des microbes ; on ne peut, par conséquent, mettre la leucémie sur le compte des microorganismes jouant le rôle d'agents infectieux dans la leucémie.

ÉD. RETTERER.

**I. — Zur Chemie des leukämischen Blutes, par M. MATTHES** (*Berlin. klin. Woch., n° 23, p. 531 et n° 24, p. 556, 4 et 11 juin 1894*).

**II. — Ueber Mitosen in leukämischen Organen, par GUMPRECHT** (*Ibidem, n° 43, p. 989, 22 octobre 1894*).

**III. — Ueber Leukämie, par VEHSEMEYER** (*Ibidem*).

I. — Aucun des deux sangs leucémiques analysés par Matthes ne renfermait de peptone vraie, mais tous deux, ainsi que le sérum, contenaient une deutéralbumose. Dans l'un des cas, le sérum renfermait, en outre, en abondance, de la nucléoalbumine dissoute provenant de la destruction des globules sanguins. L'excrétion d'acide urique n'était que peu accrue chez les deux malades.

II. — Gumprecht a constaté dans les organes lymphatiques de quatre leucémiques des matières qui n'existaient pas dans leur sang. Il en conclut que la leucémie est une maladie d'organes.

Dans la discussion, Pick dit avoir observé un cas de leucémie myélogène où les érythrocytes du sang présentaient de nombreuses mitoses.

III. — De l'analyse de 600 cas de leucémie, Vehsemeyer conclut que tous les facteurs indiqués jusqu'ici comme causes efficientes ne sont, en

réalité, que des causes prédisposantes de cette maladie qui, pour lui, a son point de départ dans l'appareil digestif. Il admet qu'il s'agit d'une auto-intoxication par des albuminoïdes toxiques. J. B.

**Die Fragmentation der rothen Blutkörperchen,.... (La fragmentation des globules rouges et son importance pour le diagnostic des hématuries), par GUMPRECHT** (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIII, p. 45*).

La dégénérescence des hématies, se manifestant par la poïkilocytose, la fragmentation et la microcytose, se produit chez les espèces animales les plus diverses sous l'influence de divers agents. La mobilité amiboïde des globules rouges, qui se produit au premier stade du processus, n'a pas la valeur d'une contractilité, mais diffère dans les points essentiels d'un processus vital. La fragmentation des globules rouges se produit en particulier sous l'action des solutions concentrées d'urée, titrant au minimum 8 0/0. Il est vraisemblable que l'urée contenue dans les épithéliums du rein agit d'une façon semblable sur le sang extravasé dans le rein. Une série de cas cliniques, en même temps que l'expérimentation animale, parlent en faveur de ce que les hématuries rénales se distinguent des hématuries vésicales par la survenance de fragmentations de globules rouges dans l'urine. C. LUZET.

**Ueber Periarteritis nodosa, par KAHLDEN** (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XV, p. 581*).

La périartérite noueuse débute par une prolifération de l'endothélium. Les masses endothéliales proliférées perforent en maints endroits la lame élastique et la musculeuse et prennent souvent alors la forme d'un tissu muqueux à cellules longuement ramifiées et étoilées. Au moment de cette prolifération les restes de la lame élastique disparaissent très rapidement par ramollissement et nécrobiose, tandis qu'il reste encore très longtemps des faisceaux conservés de fibres musculaires, lesquels finissent par disparaître dans la prolifération endothéliale. En même temps que ce processus occupe les membranes internes, la tunique adventice s'infiltre de cellules rondes, pour la plupart uninucléaires. Il résulte de cette infiltration cellulaire que l'adventice s'épaissit jusqu'à 6-10 fois son épaisseur normale, en même temps que la prolifération endothéliale rétrécit plus ou moins la lumière du vaisseau. C. LUZET.

**Sopra un caso di eterotopia..... (Sur un cas d'hétérotopie de substance grise dans la moelle épinière d'un tabétique), par RUFFINI** (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVI, p. 144*).

La moelle épinière de ce sujet provenait d'un tabétique mort de cystite. L'examen microscopique y montra une hétérotopie de substance grise : 1° sur une longueur de 3 centimètres dans la partie cervicale supérieure, au niveau des 3e, 4e et 5e racines cervicales ; 2° sur 1 centimètre et demi de la partie supérieure de la région dorsale, au niveau des 2e et 3e racines dorsales ; 3° dans la partie inférieure de la région dorsale, au niveau des 6e, 7e, 8e et 9e paires, sur une longueur de 7 centimètres. Les parties intermédiaires étaient normales. C. LUZET.

**De la dégénérescence rétrograde; dégénérescence du cordon postérieur de la moelle secondaire à un foyer cérébral, par G. DURANTE** (*Soc. de biologie, 22 décembre 1894*).

L'auteur aurait observé, consécutivement à une lésion cérébrale, une dégénérescence des faisceaux sensitifs. D'autre part, on observe parfois dans les nerfs périphériques une dégénération du bout central, contrairement à la loi de Waller. De même, il y a de nombreux exemples de dégénération ascendante des faisceaux moteurs et descendante des faisceaux sensitifs, contrairement à la loi communément admise. L'auteur aurait étudié cette dégénérescence rétrograde et signalé quelques caractères, comme celui-ci, de débuter par la myéline au lieu du cylindreaxe, d'être plus tardive, etc. DASTRE.

**Un cas de myélite aiguë dans la variole, par AUCHÉ et HOBBS** (*Soc. de biologie, 10 novembre 1894*).

Jeune femme de 24 ans atteinte de variole discrète légère. Au moment de la dessiccation, faiblesse des membres inférieurs, paraplégie flasque, abolition du réflexe rotulien, paralysie du rectum et de la vessie; escarre sacrée. Infection urinaire par le bacterium côli, mort de la malade dix-sept jours après le début des accidents. A l'autopsie, vaste foyer de ramollissement myélitique étendu du renflement lombaire, dans sa partie supérieure, microcoques ronds isolés, en diplocoques ou en chaînettes de trois à quatre éléments, disséminés dans les mailles de la pie-mère au niveau surtout d'un exsudat fibrino-purulent, sur un segment de la région postérieure. Les tubes nerveux de la substance blanche sont altérés. Les ensemencements ont donné des colonies de bacterium côli commune et des colonies de streptocoques. DASTRE.

**La lésion primitive du tabes, par J. NAGEOTTE** (*Soc. de biol., 10 novembre 1894*).

La paralysie générale, d'après F. Raymond, est une encéphalite vasculaire dont on peut, dans les cas favorables, démontrer la nature histologiquement syphilitique. L'auteur, d'après cela, recherche une lésion analogue comme cause de la dégénérescence des racines postérieures dans le tabes. Il arrive aux conclusions suivantes : 1° il existe, dans un point déterminé de la région lombaire, une lésion conjonctive qui est primitive et qui entraîne secondairement la dégénérescence des racines postérieures ; 2° cette lésion s'étend aux racines antérieures, qui résistent davantage. Dans certains cas, cette lésion pourrait être la cause des névrites périphériques motrices ; 3° les racines des paralytiques tabétiques ne se distinguent pas, à cet égard, de celles des tabétiques purs ; 4° ce processus est de même ordre que celui de l'encéphalite dans la paralysie générale. DASTRE.

**Herzpolypen (Polypes du cœur), par PAWLOWSKI** (*Zeitschr. f. klin. Med., XXVI, p. 422*).

P. a réuni 19 observations de polypes du cœur. Aucune ne portait sur des sujets de 20 à 30 ans. L'implantation avait le plus souvent lieu aux environs du trou ovale dont le rôle dans la pathologie cardiaque est peut-être tout particulier. Les symptômes assez vagues ont été l'agrandissement transversal de la matité cardiaque et des souffles variés dont l'in-

constance, la disparition et la réapparition est le principal élément pouvant faire penser à un obstacle mobile. Modification du pouls, symptômes de palpitation, d'angorpectoris, d'asystolie. Embolies très rares (un seul cas. Dans le cas personnel de P., le polype compact, caséeux au centre était formé histologiquement de détritus granuleux, de cellules graisseuses et de pigment (thrombose probable comme cause, l'affection étant survenue au cours d'une fièvre typhoïde.) A.-F. PLICQUE.

**Ueber angeborne Divertikel..... (Sur les diverticules congénitaux du cœur), par Julius ARNOLD** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXVII*, *2*).

Il s'agit d'un enfant né avant terme et âgé d'un mois et demi, dont la mère présente des accidents syphilitiques. Le cœur de cet enfant était muni d'un prolongement en doigt de gant, long de 11 millimètres et épais de 3 millimètres. Ce diverticule était appendu à la pointe du ventricule gauche ; il était creux et pourvu d'une paroi musculeuse tapissée d'endothélium en dedans et en dehors. Ce diverticule communiquait avec le ventricule gauche par un orifice arrondi, large de un millimètre et demi.

L'absence de processus inflammatoire semble indiquer que ce diverticule représente une malformation congénitale. ÉD. RETTERER.

**Ueber Zellknorpen in den..... (Sur les bourgeons cellulaires des artères du corps thyroïde), par Martin B. SCHMIDT** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXVII*, *2*).

M. Schmidt a trouvé sur des points circonscrits de la paroi des artères des proliférations cellulaires qui faisaient saillie dans l'intérieur de ces vaisseaux du corps thyroïde. Ces bourgeons cellulaires ne se trouvent que sur les artères d'un certain calibre, et de préférence à leur point de bifurcation. Ils sont formés de cellules munies d'un beau noyau ; leur protoplasma est plus ou moins fusionné avec celui des cellules voisines. Parfois le bourgeon est formé d'une substance hyaline, résultant d'une transformation spéciale des corps cellulaires. Ces bourgeons sont constitués aussi bien par des cellules endothéliales que par des fibres musculaires lisses, d'où il résulte que la tunique moyenne prend part à leur constitution.

M. Schmidt a trouvé ces bourgeons sur le corps thyroïde d'individus de tout âge (il en a examiné 75 environ). Ils apparaissent après la naissance et persistent sans grande modification jusque dans un âge avancé. Ils semblent n'exercer aucune influence nocive sur la santé, de sorte que ces bourgeons ne seraient nullement en rapport avec les fonctions du corps thyroïde.

L'auteur a retrouvé des bourgeons semblables dans les artères du corps thyroïde de 2 chats et de 2 chiens. ÉD. RETTERER.

**Ueber die Entstehung des fibrinösen Infiltrates..... (De la production de l'infiltrat fibrineux dans la pneumonie croupale), par HAUSER** (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XV*, *p. 527*).

Il faut, dit Hauser, considérer la pneumonie croupale de l'homme comme une inflammation croupale typique, qui doit être placée à côté des inflammations croupales des muqueuses. De même que dans celles-ci,

une fausse membrane fibrineuse se développe sur la surface, par nécrose de l'épithélium muqueux et coagulation de l'exsudat inflammatoire; de même, dans la pneumonie croupale, il se fait tout d'abord des pseudo-membranes fibrineuses revêtant les alvéoles par suite de la nécrose des épithéliums alvéolaires, particulièrement des plaques hyalines et de la coagulation consécutive de l'exsudat inflammatoire; soit par transformation fibrineuse des plaques hyalines. Le mode de formation de ces fausses membranes, leurs rapports avec la coagulation consécutive de l'infiltrat inflammatoire, la disparition entière du réseau fibrineux remplissant les alvéoles justifient la supposition que, dans l'inflammation fibrineuse du poumon aussi, la coagulation de la fibrine au sens d'Alex. Schmidt est due à une action d'échanges entre le protoplasma cellulaire et les exsudats plasmatiques inflammatoires. C. LUZET.

**La stéatose normale et pathologique du foie, par A.-H. PILLIET** (*Soc. de biologie, 29 décembre 1894*).

Chez les poissons, la morue a le foie gras normalement; de même les scombres, thons, maquereaux, harengs, sardines, poissons migrateurs, vigoureux, résistant au froid; beaucoup de reptiles, vipères, couleuvres sont dans le même cas. Le foie des oiseaux est gras. Chez les mammifères jeunes, le foie est glycogénique; le foie de l'adulte contient des graisses. Cette stéatose normale comporte la conservation du noyau de la cellule hépatique contrairement à la stéatose pathologique. Dans la stéatose de la broncho-pneumonie tuberculeuse, le rétrécissement progressif du champ respiratoire diminue les combustions et particulièrement l'oxydation des graisses et hydrates de carbone accumulés dans le foie. DASTRE.

**Cirrhose tuberculeuse expérimentale; généralisation du processus sclérogène, par F. WIDAL et BEZANÇON** (*Soc. de biol., 29 décembre 1894*).

Ce cas type de cirrhose tuberculeuse expérimentale est intéressant parce qu'elle a été occasionnée par un produit de tuberculose humaine provenant d'un vieillard et présentant un degré de virulence extrêmement atténué. Le fait confirme l'opinion de Hanot et Gilbert (1892) que la cirrhose hépatique expérimentale résulte d'une virulence insuffisante des bacilles inoculés pour l'espèce expérimentée. L'évolution de la tuberculose a déterminé un processus de sclérose dans le foie, la rate et les reins. DASTRE.

**De la leucocytose dans la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, par V. HANOT et H. MEUNIER** (*Soc. de biol., 26 janvier 1895*).

La cirrhose décrite par Hanot est de nature infectieuse, de par les raisons cliniques et anatomiques. Le leucocytose vient s'y joindre et corrobore cette conclusion. Les auteurs ont trouvé dans un cas 13,020 globules blancs par millimètre cube; dans un autre 12,400; dans un dernier cas, 8,800 et 18,600. Hayem a trouvé 21,803, 18,032, 15,500, Lukachewitch, 20,000 globules blancs. Les chiffres ont donc dépassé notablement la normale, 6,000. Celle-ci n'est pas dépassée dans les cirrhoses alcoolique, atrophique ou hypertrophique. DASTRE.

**Ein seltener Fall von totaler cystischer Entartung der Leber (Cas rare de dégénérescence kystique totale du foie), par DMOCHOWSKI et JANOWSKI** (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVI, p. 102*).

A l'autopsie d'une femme de 48 ans, morte avec le diagnostic de tumeur abdominale, les auteurs ont trouvé un foie mesurant 40 centimètres de gauche à droite, 33 d'arrière en avant et 18 verticalement. Son poids était de 10,850 grammes. Ce foie est entièrement formé de kystes variant de volume depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui de la tête d'un enfant ; la plupart contenaient un liquide transparent; d'autres du liquide avec des cristaux de cholestérine ; d'autres ont un contenu de couleur de chocolat. La vésicule biliaire est grosse, contient 100 grammes de bile liquide. La rate était volumineuse. Histologiquement, le tissu hépatique a à peu près disparu, les parois des kystes sont formées de tissu fibreux et entre elles on voit des canalicules biliaires, et des vaisseaux sanguins à parois très épaissies. Le tissu hépatique ne se rencontrait que par places, sous forme de petits îlots séparés.

C. LUZET.

**La mélanose hépatique, par TOLEDO Y HERRARTE** (*Thèse de Paris, 1894*).

La mélanose hépatique est rarement primitive. Elle est presque toujours consécutive aux mélano-sarcomes de l'œil ou de la peau. Elle se présente sous forme d'infiltration ou sous forme nodulaire.

Le pigment est formé aux dépens des éléments du sang. La présence du fer dans le pigment mélanique ne suffit pas pour indiquer l'origine hématique de ce pigment, car le fer disparaît au bout d'un certain temps.

La mélanurie n'est pas due à l'élimination du pigment en nature mais à la production de substances mélanogènes. Ces substances, douées de toutes les propriétés chimiques du pigment, subissent dans l'économie une réduction qui les rend incolores. Eliminées, elles reprennent, au contact de l'air ou des oxydants, les caractères de la mélanine.

On trouve rarement dans le sang le pigment mélanique.

La métastase hépatique peut se produire au bout de quelques années seulement (12 ans dans un cas de Lancereaux). Les tumeurs simulent les productions cancéreuses vulgaires. Elles causent rapidement la mort.

L. GALLIARD.

**Beiträge zur Histogenese..... (Sur l'histogénèse des inflammations aiguës du rein), par Th. BURMEISTER** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXXXVII, 3*).

En faisant pénétrer par injection veineuse ou sous-cutanée, dans le sang des lapins divers poisons, et particulièrement de l'acide sulfurique et du chromate neutre d'ammoniaque, Burmeister provoqua des néphrites caractérisées par des lésions épithéliales, la production de cylindres hyalins, l'infiltration de petites cellules, etc.

Après fixation des pièces par divers liquides, Burmeister constata au microscope les altérations suivantes du rein :

1° L'épithélium des tubes urinifères est dégénéré ; les cellules épithéliales subissent la modification graisseuse et souvent leur noyau est altéré. Cette dégénération graisseuse débute dans les tubes d'union et s'étend seulement plus tard aux tubes contournés. Quant elle est intense, elle amène la chute et la disparition de l'épithélium.

Lorsque le poison produit, au contraire, la nécrose par coagulation, on voit le noyau perdre ses contours réguliers et sa substance se résorber peu à peu, sauf le nucléole. Autrement dit, la substance toxique, en s'éliminant par le rein, provoque l'altération des granulations protoplasmiques ainsi que celle du noyau. En s'accumulant du côté de l'extrémité libre des cellules épithéliales, les granulations se fusionnent en boules plus volumineuses, qui se transforment peu à peu en cylindres hyalins, dits fibrineux ;

2° Le chromate d'ammoniaque ne modifie guère les vaisseaux du glomérule, si ce n'est qu'on constate une accumulation de globules blancs lorsque la mort survient tardivement (après 2 jours). C'est également très tard que le tissu conjonctif interstitiel présente les signes d'une prolifération modérée.

La comparaison des faits expérimentaux et des cas cliniques semble montrer que le processus est le même partout ; les éléments qui s'altèrent sont d'abord les épithéliums des tubes d'union et des tubes contournés, et ensuite les cellules épithéliales des tubes droits, les glomérules et le tissu conjonctif interstitiel avec les parois vasculaires. ED. RETTERER.

**Ueber die Glomerulonephritis bei Scharlach, par KAHLDEN** (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XV, p. 602*).

Kahlden attire l'attention sur une forme toute spéciale de glomérulonéphrite scarlatineuse, dont l'altération la plus caractéristique est une réplétion des anses capillaires du glomérule par une masse filamenteuse et en partie granuleuse se colorant en gris bleu par l'hématoxyline, en rouge par l'éosine. Il s'agit donc d'une formation intra-vasculaire de fibrine ; mais elle diffère de ce qu'a vu Friedländer en ce qu'elle ne se limite pas au peloton, mais se rencontre aussi dans les vaisseaux afférent et efférent et souvent même dans l'artériole droite. Souvent même la coagulation occupe une artériole droite avec plusieurs des glomérules correspondants. C. LUZET.

**Zum Nachweis zweier Nephritisarten (De la constatation de deux ordres de néphrite), par AUFRECHT** (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIII, p. 531*).

La néphrite parenchymateuse aiguë, la néphrite parenchymateuse chronique et le rein blanc contracté appartiennent aux néphrites tubulaires, qui, en devenant chroniques, font participer à la maladie les vaisseaux afférents ; les altérations glomérulaires dépendent de ceux-ci. Par contre, la néphrite dite jusqu'ici chronique avec sa terminaison en rein rouge contracté est dès le début une néphrite vasculaire. Aux stades peu avancés de cette néphrite tubulaire, prend naissance la néphrite chronique hémorragique ; au stade avancé de la néphrite vasculaire, au rein rouge contracté, il s'est toujours surajouté une néphrite tubulaire.

LUZET.

**Contributo allo studio ed alla pathogenia delle alterazzioni renali nel colera asiatico, par PERNICE et SCAGLIONI** (*Riforma med., 19 octobre 1894*).

L'examen de 4 cadavres conduit les auteurs à affirmer qu'à la période

d'algidité du choléra on trouve toujours une glomérulo-néphrite diffuse, plus ou moins grave.

Lorsqu'on injecte aux cobayes, soit dans l'intestin, soit dans les veines, soit dans le péritoine des cultures de vibrion cholérique, on constate de la glomérulo-néphrite comme dans tous les cas d'infection générale expérimentale.

Mêmes altérations rénales lorsqu'on inocule aux cobayes soit le filtrat des cultures de bacilles virgules, soit le filtrat du sang ou du contenu intestinal des cobayes cholériques. Ces altérations sont semblables à celles du rein cholérique de l'homme.

Le filtrat du contenu intestinal produit, toutes choses égales d'ailleurs, une glomérulo-néphrite plus grave que celui du sang ou des cultures. C'est donc dans l'intestin que les vibrions cholériques produisent les poisons les plus abondants ou les plus actifs.

Les résultats de l'expérimentation permettent d'affirmer que la néphrite du choléra chez l'homme est d'origine toxique; qu'elle est due à l'élimimination des principes toxiques qui, de l'intestin, ont passé dans le sang.

L. GALLIARD.

**Eine Controluntersuchung..... (Une recherche de controle du travail de Jani sur la présence de bacilles tuberculeux dans l'appareil génital sain des phtisiques), par WALTHER** (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XVI, p. 274*).

Sur 161 coupes de testicule, 48 d'épididyme, 63 de prostate et sur les préparations par étalement, l'auteur n'a pu constater la présence d'un seul bacille tuberculeux. L'expérimentation sur l'animal a toujours confirmé l'examen histologique et même aucun des animaux en expérience ne montra nulle part trace d'affection tuberculeuse. Walther, contrairement aux résultats de Jani, se croit donc autorisé à dire non pas que dans l'appareil génital sain des phtisiques on ne peut jamais trouver de bacilles tuberculeux, mais que la présence de ces parasites est indubitablement rare (travail fait en 1890). C. LUZET.

**Ueber Fettembolie, par RIBBERT** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 15, p. 457, 1er août 1894*).

Sur les lapins, Ribbert a établi la possibilité d'embolies graisseuses à la suite d'une simple commotion des os. Le même phénomène doit se produire, à plus forte raison, chez l'homme dont la moelle osseuse est si riche en graisse, surtout dans la vieillesse, et il fournit l'explication des embolies dont le volume est hors de proportions avec l'étendue des lésions de la moelle. Il est bien plus naturel alors d'admettre que le surplus de graisse provient d'os ébranlés, mais non fracturés, que du tissu cellulaire sous-cutané dont les vaisseaux ne sont pas béants comme ceux des os.

Contrairement à l'opinion actuellement en faveur, Ribbert pense que l'œdème pulmonaire ne doit pas être considéré comme un phénomène d'agonie, mais bien comme la conséquence des embolies graisseuses du poumon, car il l'a constaté d'une façon constante et, le plus souvent, très marqué.

Dans les reins, il a trouvé une fois, à la suite d'embolies graisseuses,

une dégénération graisseuse des tubes contournés de deuxième ordre, ainsi que du gonflement de l'épithélium glomérulo-capsulaire qui se détachait facilement.

Dans le cerveau, il a rencontré, 3 fois sur 7 autopsies, des ecchymoses ou un pointillé hémorragique, limité presque entièrement à la substance blanche ; le centre de chaque ecchymose était formé par une embolie graisseuse capillaire. Dans le cœur, il a noté, 2 fois sur 7, ainsi que F. Busch l'avait déjà signalé, une dégénérescence graisseuse du myocarde, sous forme de petites taches, due à l'obstruction des capillaires par les embolies de graisse. J. B.

**Primäre sarcomatöse Ostitis..... (Ostéite primaire d'origine sarcomateuse avec fièvre chronique à rechute), par HAMMER** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXVII*, *2*).

Il s'agit d'un individu de 41 ans, qui, pendant près de 2 ans, se plaignait de douleurs dans la tête, la colonne vertébrale, la poitrine et qui avait une fièvre à rechute. Le diagnostic clinique était le suivant : fièvre chronique à rechute, pseudo-leucémie ou néoformations dans les vertèbres.

L'autopsie montra que la plupart des os (crâne, vertèbres, côtes) étaient malades. En effet, ces os, spongieux normalement, n'avaient plus leur structure habituelle. La substance osseuse était remplie de cellules arrondies et présentait peu de substance fondamentale intercellulaire ; sur quelques points, elle était remplacée par un tissu fibrillaire renfermant des cellules fusiformes. De plus, on constata la présence de tumeurs osseuses, de structure semblable, sur la dure-mère cérébrale et spinale et sur la plèvre.

En comparant l'histoire de cette observation aux cas plus ou moins semblables publiés par les autres, *Hammer* pense qu'il s'agit d'une néoformation de nature sarcomateuse. L'ostéite sarcomateuse explique les caractères pernicieux de la maladie et l'anémie progressive. Les douleurs étaient dues aux modifications de la substance osseuse, à la compression des racines postérieures et de la substance cérébrale. L'exagération du réflexe tendineux de l'extrémité inférieure doit être attribuée à la même cause.

L'évolution des tumeurs osseuses peut, d'après cette observation, être accompagnée de fièvre chronique à rechute. ÉD. RETTERER.

**Ueber traumatische Lymphcysten des Unterschenkels (Sur les kystes lymphatiques d'origine traumatique de la jambe), par LEDDERHOSE** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXVII*, *2*).

Ledderhose rapporte un certain nombre d'observations de kystes lymphatiques, qui s'étaient formés à la suite de fractures des os de la jambe. L'extirpation de quelques-uns de ces kystes et l'examen microscopique lui donnèrent les résultats suivants : les kystes prennent naissance dans le tissu conjonctif sous-cutané où les cloisons qui séparent les lobules graisseux sont le siège d'une prolifération active. Les cellules qui se trouvent autour des capillaires sanguins et lymphatiques, ainsi que les cellules endothéliales se multiplient abondamment, de façon à remplir la lumière de ces canaux. Il en résulte de l'œdème dans la région correspondante.

Les lymphatiques nouveaux semblent provenir du bourgeonnement des cellules endothéliales qui tapissent les lymphatiques préexistants dans la région. Il se produit ainsi des cordons pleins de cellules ; peu à peu, les limites qui séparent ces cellules deviennent moins nettes et les noyaux s'atrophient. En un mot, ces cellules disparaissent par fonte protoplasmique, de sorte qu'il en résulte un vaisseau lymphatique.

En même temps, on constate que les cellules du tissu conjonctif avoisinant et remplissant les mailles du réseau conjonctif, subissent la dégénérescence et sont remplacées par des espaces vides, qui donnent à ce tissu l'aspect aréolaire.

En résumé, les kystes multiples sont dus : 1° à la prolifération des cellules endothéliales des espaces lymphatiques ; 2° à la dégénérescence muqueuse qui a lieu ensuite dans les cellules du tissu conjonctif correspondant. ÉD. RETTERER.

**Beitrag zur pathologischen..... (Sur l'anatomie pathologique et l'étiologie des kystes du pancréas), par A. TILGER** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXVII*, *2*).

Dans une observation de kystes multiples du pancréas chez un alcoolique de 52 ans, Tilger nota l'inflammation chronique interstitielle du tissu conjonctif (région de la queue du pancréas). En formant des anneaux fibreux autour des lobules du pancréas, le tissu conjonctif les avait rétrécis et étranglés. Les conséquences de cet étranglement furent les suivantes : 1° troubles circulatoires ; 2° rétention du liquide sécrété dans les acini ; 3° dégénérescence graisseuse des cellules glandulaires ; 4° liquéfaction du contenu des culs-de-sac ; 5° disparition (par digestion) de la membrane propre ; 6° nécrose du tissu conjonctif interstitielle et confluence de plusieurs acini ; 7° d'où production de petits kystes.

Il est possible que l'hémorragie consécutive soit due à l'érosion de la paroi des vaisseaux. Les hémorragies sont rendues plus faciles par la compression des veines avoisinantes. Il ne faut pas oublier non plus le trouble nutritif qui résulte des modifications circulatoires et des altérations des éléments épithéliaux. L'hémorragie serait donc une conséquence lointaine des altérations des acini et ne constituerait pas une variété spéciale des kystes du pancréas. ÉD. RETTERER.

**De la dégénération colloïde dans l'inflammation de la mamelle, par DUCLERT** (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *septembre 1894*).

Dans ses études sur la sécrétion lactée, l'auteur a constaté que la production du colostrum est due à une dégénération colloïde typique que subissent les cellules épithéliales. Les sphères colloïdes, fabriquées aux dépens du protoplasma, peuvent le remplacer complètement ; elles restent indépendantes ou s'agglomèrent dans la cellule, et, lors de la déhiscence de celle-ci, elles tombent dans la lumière de l'alvéole, où, se réunissant les unes aux autres, elles forment les corpuscules du colostrum.

L'auteur a voulu rechercher si les toxines microbiennes seraient capables de produire des troubles de nutrition analogues dans ces cellules épithéliales, et il a expérimenté sur des femelles de cobaye en lactation,

par l'introduction de staphylocoques dorés dans le sinus galactophore. Cette introduction a été rapidement suivie de phénomènes inflammatoires très intenses. L'étude microscopique a montré une dégénération colloïde analogue à celle qui produit la sécrétion du colostrum. Pour amener ces résultats les toxines doivent être peu actives et très diluées, car si elles sont trop concentrées elles produisent d'emblée la nécrose des tissus. Les corpuscules colloïdes qui prennent naissance dans les mamelles ainsi enflammées ressemblent beaucoup à ceux du colostrum, mais s'en distinguent par leur volume plus considérable, ce qui s'explique parce que alors la dégénération colloïde est plus massive, en même temps que plus rapide. M. DUVAL.

**I. — Étude expérimentale et anatomique des inflammations chroniques de la mamelle, par H. GAUDIER et SURMONT** (*Soc. de biol.*, *2 février 1895*).

**II. — Note relative à la bactériologie du lait, à propos de la communication précédente, par A. CHARRIN** (*Ibidem*).

I. — Les auteurs observent un cas de *maladie noueuse* de la mamelle droite (Phocas), avec existence dans les canaux galactophores de staphylococcus albus à virulence atténuée. Ils ont inoculé à une chienne ce liquide purulent et obtenu une inflammation chronique ressemblant à celle de la femme. L'examen anatomique montre que l'inflammation subaïgue de la glande mammaire parenchymateuse d'abord, interstitielle ensuite, fait évoluer cette glande vers un état scléro-kystique. Les faits éclairent la relation entre les maladies kystiques et les inflammations de la mamelle.

II. — L'auteur a vérifié avec Budin l'existence dans le lait de nourrices parfaitement saines du staphylococcus albus signalé par un grand nombre d'observateurs, Genoud, Ettlinger, Thiercelin, etc., dans plus d'un quart, d'un tiers ou même des deux tiers des cas.

Ce fait explique que des pressions un peu vives puissent produire des abcès du sein (nouveau-nés, Galippe). DASTRE.

**I. — Sur les battements du cœur chez les embryons monstrueux du poulet, par Ch. FÉRÉ** (*Soc. de biol.*, *12 janvier 1895*).

**II. — De l'influence de la nicotine injectée dans l'albumen sur l'incubation de l'œuf de poule, par Le Même** (*Ibid.*).

I. — On n'observe jamais de mouvements du cœur avant l'apparition de la flexion (31e heure). Chez les embryons monstrueux jeunes, jusqu'à 48 heures tout au moins, l'activité cardiaque est plutôt supérieure à celle des embryons normaux.

II. — Il y a production de monstruosités diverses. Les embryons qui ont résisté à l'agent toxique ont, en général, un développement plus avancé que les embryons normaux. DASTRE.

**Sur l'otocéphalie et la cyclotie, par Louis BLANC** (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *mars 1895*).

Ce mémoire renferme un grand nombre de descriptions relatives à la structure des monstres otocéphaliens, descriptions qui servent ensuite à établir une classification morphologique.

Le premier caractère général de ces monstres est l'absence ou l'état rudimentaire de la mandibule, coïncidant avec une inflexion en bas des faces latérales de la tête. Cette malformation générale de la tête a un retentissement particulier sur les appareils des sens. Le plus constant de ces derniers effets est l'occlusion en arrière de la cavité bucco-nasale, la fermeture de l'isthme du gosier, la position embryonnaire de la langue; puis vient le rapprochement des oreilles moyennes et la fusion de leurs cavités sur la ligne médiane; enfin intervient une cyclopie d'une forme toute particulière, bien différente de celle qu'on rencontre chez les cyclocéphaliens proprement dits. Chez ceux-ci, les yeux se rapprochent et se soudent en glissant en quelque sorte dans l'interstice qui sépare du maxillaire supérieur les frontaux, les nasaux et l'intermaxillaire, et les yeux réunis restent ainsi à la face supérieure de la tête, au-dessus des maxillaires supérieurs soudés. Au contraire, chez les sujets otocéphales, les yeux se réunissent en passant au-dessous du crâne et la nouvelle orbite se trouve sous le sphénoïde antérieur dont les ailes se sont rabattues latéralement. Cet état résulte de ce que l'arrêt d'accroissement du premier arc s'est produit de très bonne heure et a amené une atrophie et une déviation semblable dans les bourgeons maxillaires supérieurs qui se sont unis de suite sur la ligne médiane au lieu de s'allonger en avant, de sorte que rien ne vient relever l'œil qui reste à la face inférieure de la tête du sujet.

M. DUVAL.

**Du rôle des arrêts de développement de l'amnios et des brides amniotiques dans la production des monstruosités, à propos d'un monstre célosomien du genre pleurosome, par DEBIERRE et LAMBERT** (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, *décembre 1894*).

Description détaillée d'un enfant venu à terme (grossesse gémellaire, placenta unique, frère jumeau bien conformé et ayant survécu), qui présentait dans la région thoracique droite, à la place du bras, un orifice par où font hernie les viscères (foie, rate, estomac, etc.); la tête déformée (une bride amniotique, pénétrant dans une fente intermaxillaire, a maintenu les bourgeons faciaux écartés) est coiffée par un énorme capuchon placentaire qui lui adhère intimement. De l'étude de ces malformations et de leur mécanisme, les auteurs du mémoire concluent qu'il peut survenir très précocement pendant la vie embryonnaire une sténose ou des synéchies de l'amnios qui ont une grande importance pour la suite du développement, puisque la sténose, les synéchies et les brides amniotiques sont alors la cause des malformations embryonnaires les plus profondes.

M. DUVAL.

# PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

**Verschluss der vier Kopfschlagadern bein Kaninchen ohne Kussmaul-Tenners'che Krämpfe (Occlusion des quatre artères nourricières de la tête sans convulsions de Kusmaul-Tenner, chez le lapin), par L. FREDERICQ et GILTAY** (*Centralbl. f. Physiologie, VIII, p. 625, 1894*).

La ligature des vertébrales et des carotides produit chez la plupart des lapins les convulsions décrites par Kussmaul et Tenner, convulsions qui se terminent par la mort. Si on relâche la ligature de l'une des carotides avant la mort de l'animal, ce dernier pourra se remettre ; il suffit de répéter un petit nombre de fois cette expérience, en rétablissant chaque fois le cours du sang au moment des convulsions, pour procurer à l'animal une immunité complète vis-à-vis de la ligature permanente des quatre artères nourricières de la tête. Cette immunité, qui se montre seulement pendant les quelques minutes qui suivent les opérations préliminaires, s'explique par la dilatation (par voie vaso-motrice) des voies collatérales artérielles.

Ces voies collatérales naissent de l'artère sous-clavière. L'expérience d'immunisation ne réussit plus, en effet, dès que les sous-clavières sont liées. L. F.

**Effets de l'extirpation du ganglion de Gasser après l'arrachement du ganglion cervical supérieur, par F. SPALLITA** (*Archives ital. de biol., XXII, p. 69*).

On pénètre (chez le chien) par la fosse temporale, on résèque l'arcade zygomatique et l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur, après quoi l'on trépane le crâne dans le voisinage de l'articulation temporo-maxillaire, et soulevant le lobe sphénoïdal on met à nu le ganglion de Gasser. On ferme auparavant l'œil avec des points de suture entre les paupières pour éviter l'action irritante du chloroforme puis, après l'opération, on protège l'œil par un bandage. Chez les quatre animaux opérés, il y eut des altérations de la cornée et de la conjonctivite 24 heures ou 48 heures après. L'un des animaux, guéri et sacrifié 32 jours après, manifesta les symptômes de la kératite ulcéreuse neuro-paralytique. Chez un autre, l'œil fut détruit au bout de sept jours par suite d'une panophtalmite. Lorsque la lésion du ganglion de Gasser est précédée de l'arrachement du ganglion cervical supérieur, ces effets désastreux sont conjurés. Il y a une anesthésie complète dans toute la sphère d'action du trijumeau, et pourtant point d'altération de l'œil droit : conjonctive presque normale, cornée lisse et brillante, pupille rétrécie se dilatant bien à l'obscurité. Lorsqu'il y a des altérations dans la conjonctive et la cornée, ces altérations se réparent. Quant aux lésions produites par la section du trijumeau elles sont dues à une forte constriction vasculaire. DASTRE.

**I. — Goitre expérimental par injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien, par Gilbert BALLET et ENRIQUEZ** (*Soc. méd. des hôp., 16 novembre 1894*).

**II. — Nouveau cas de goitre expérimental par injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien, par Les mêmes** (*Ibid., 14 décembre 1894*).

I. — Des injections d'extrait thyroïdien pratiquées sur un chien ont amené, en sus d'une série de symptômes (fièvre, tachycardie, tremblement, etc.), un gonflement très appréciable du cou ; après une série d'injections ces malaises disparurent, et le goitre s'effaça ; la reprise des injections ramena l'augmentation de volume de la thyroïde.

II. — L'expérience porta sur un jeune chien à qui, pendant 8 jours, on injecta 10 centimètres cubes d'extrait thyroïdien. Dès le 3e jour il présenta les signes de l'intoxication thyroïdienne et une tuméfaction du lobe droit du corps thyroïde ; le 6e jour le lobe gauche se tuméfia, le 8e jour le chien succomba à des hémorragies intestinales avec hypothermie ; en 8 jours le poids était tombé de 6 kilogrammes à $4^{k},500$ ; la masse totale de la glande pesait $3^{gr},75$ ; chez un chien de 15 kilogrammes la glande pèse $2^{gr},75$. Le cœur était hypertrophié, ainsi que les reins ; pas d'ulcération gastrique ni intestinale ; donc les hémorragies étaient vaso-motrices.

H. L.

**Sur l'importance de l'auto-intoxication dans la pathogénie de quelques syndromes nerveux (Auto-intoxication après thyroïdectomie), par N.-N. BAGENOFF** (*Thèse de Kharkoff, 1894*).

B. a fait sur des chiens de nombreuses (120) extirpations de la glande thyroïde et a constamment observé, vers le 2-4e jour (plus rarement vers le 5-15e jour) le tableau clinique d'un empoisonnement : dyspnée (100 respirations à la minute et davantage) ; apathie générale ; décubitus latéral les pattes étant en extension ; tremblements fibrillaires et contractions cloniques des muscles, allant jusqu'à l'épilepsie jacksonienne et aux convulsions généralisées ; démarche spéciale, les membres postérieurs traînants, écartés et en extension ; souvent de la titubation, d'où démarche des chiens en rasant les murs ; exagération des réflexes rotuliens et phénomène du pied. Ces phénomènes se développent en quelques heures et arrivent à leur maximum en 1 ou 2 jours, au bout desquels les chiens restent couchés, en proie à de la dyspnée, à des secousses musculaires, et succombent, le plus souvent dans un accès convulsif.

Si l'animal a survécu pendant les premiers jours, il meurt par une autre forme d'empoisonnement : il ne mange ni ne boit, tombe dans le coma et s'éteint sans phénomènes bruyants. Ici la mort serait due aux troubles secondaires, hépatiques ou rénaux, comme on en observe dans d'autres intoxications par des poisons organiques ou minéraux.

Chez l'homme, les substances toxiques accumulées (formées ou non détruites) dans l'organisme par suite de la thyroïdectomie, provoquent des troubles qui donnent lieu au tableau clinique du *myxœdème*. Celui-ci est un complexus dans lequel des lésions secondaires du système nerveux central, ainsi que des troubles de la nutrition générale jouent probablement un rôle important.

Les poisons qui provoquent chez le chien les phénomènes de la pre

mière forme d'intoxication, sont contenus dans le sang, le cerveau et les urines de ces animaux. Leur sérum, au moment de l'acmé de l'intoxication, est beaucoup plus toxique pour le lapin que le sérum des chiens normaux : avec 10 centimètres cubes de leur sérum injectés dans le sang, on provoque chez le lapin le même tableau d'intoxication qu'on observe chez le chien et chez le lapin, après l'ablation de la glande thyroïde ; tandis que l'injection sous-cutanée ou intra-péritonéale de ce même sérum produit des phénomènes moins graves.

L'urine des chiens thyroïdectomisés est toxique pour les lapins, cobayes et grenouilles et cette toxicité appartient presque exclusivement aux substances organiques, car l'urine filtrée sur du charbon se dépouille de sa toxicité spéciale. La solution des albuminoïdes précipités par du chlorure de sodium est également dépourvue de toxicité. Mais le filtrat de l'urine précipitée avec des sels de plomb conserve la totalité de son action toxique. L'ébullition ne détruit pas, mais affaiblit la toxicité des urines, probablement parce que l'albumine précipitée entraîne avec elle une partie des principes toxiques. La précipitation de l'urine avec de l'alcool n'a pas donné de résultats concordants ; mais si l'on précipite l'extrait alcoolique avec de l'éther, on obtient des substances très actives. Le degré de la toxicité ne dépend pas exclusivement des matières colorantes de la bile. La toxicité urinaire des chiens thyroïdectomisés est due en partie aux substances qui rendent l'urine normale toxique, en partie aux poisons pathologiques (comme les pigments biliaires), enfin au poison supposé qui se produit dans l'organisme privé de la glande thyroïde.

L'auteur a pu isoler un tel poison du sang, du cerveau et des urines des chiens thyroïdectomisés. Ce poison a les propriétés chimiques suivantes : de couleur brune, il absorbe l'humidité, donne des précipités amorphes avec du chlorure d'or, avec de l'acide phosphowolframique et phospho-molybdénique, avec le réactif de Bouchard (solution de I dans IK), avec l'acide tannique. Il ne donne pas de précipité avec du chlorure de platine, avec de l'acide picrique, avec le réactif de Dragendorf (solution d'iodure de bismuth dans l'iodure de potassium), avec le réactif de Marmé (solution d'iodure de cadmium dans de l'iodure de potassium). Il est soluble dans l'eau, l'alcool éthylique et amylique. D'après ces réactions, cette substance appartiendrait aux leucomaïnes. Injectée aux petits animaux (souris), elle produit toujours les mêmes phénomènes, comparables au tableau morbide qu'on observe chez les souris privées de la glande thyroïde.

En s'appuyant sur la similitude des phénomènes morbides qu'on observe après la thyroïdectomie et après l'injection de la substance isolée du sang, du cerveau et des urines des chiens thyroïdectomisés, l'auteur croit que cette substance est, sinon l'unique, du moins un des principaux poisons, qui en agissant sur le système nerveux produit cette forme d'intoxication qu'on observe après la thyroïdectomie. H. FRENKEL.

**Di alcune lesioni anatomiche secondarie alla tiroidectomia, par S. SCIOLLA** (*Gaz. degli ospedali e delle clin., n° 102, 1894*).

L'enfoncement du globe de l'œil que l'on observe chez les animaux

éthyroïdisés ne tient pas à l'amaigrissement, car il s'observe dès le 3e ou le 4e jour, mais à une modification du volume de l'œil, qui est flasque ; l'auteur ne donne pas d'explication ferme de cette hypotonie oculaire.

Le foie est généralement un peu augmenté de volume, congestionné, avec des taches jaunâtres disséminées ; au microscope, certaines portions du tissu hépatique sont absolument normales, tandis que dans d'autres les espaces intercellulaires sont gorgés de globules rouges, qui sont par places sortis des vaisseaux ; dans quelques points, dégénérescence granuleuse plus ou moins marquée des cellules hépatiques. Ces lésions paraissent d'origine toxique.

Dans l'intestin grêle et le gros intestin, on trouve souvent de larges zones de desquamation épithéliale et des hémorragies de la sous-muqueuse ; au microscope, les tuniques séreuse et musculaire sont intactes ; dans la sous-muqueuse, il y a des infiltrations circonscrites de leucocytes. Ces lésions paraissent également d'origine toxique et tendent à faire admettre que les phénomènes consécutifs à la thyroïdectomie sont dus à des processus d'intoxication. GEORGES THIBIERGE.

**Effets de la thyroïdectomie chez les serpents, par H. CHRISTIANI** (*Soc. de biol., 12 janvier 1895*).

Chez la couleuvre, comme chez le lézard, l'extirpation du corps thyroïde paraît produire des effets funestes analogues à ceux qu'on observe chez les mammifères ; les symptômes sont moins évidents, mais la mort paraît en être la conséquence fatale. DASTRE.

**Étude histologique de la greffe thyroïdienne, par H. CHRISTIANI** (*Soc. de biologie 10 novembre 1894*).

La greffe du corps thyroïde du rat, ayant contracté des adhérences dans le péritoine, ne s'atrophie jamais ; elle passe par les stades de tuméfaction trouble d'abord, et de prolifération inflammatoire ensuite, et le tissu thyroïdien se reconstitue complètement. Cette reconstitution commence à la périphérie pour s'avancer vers le centre de l'organe, et est à peu près complète vers le troisième mois. DASTRE.

**Dégénérescence du pancréas, chez le lapin, consécutive à la ligature du canal de Wirsung, par MAIRET** (*Soc. de biol., 19 janvier 1895*).

L'examen a été fait trois mois et quatre mois après la ligature. Le canal dilaté était rempli d'un liquide limpide sans action sur l'amidon. La glande était atrophiée, elle ne paraissait conservée que dans quelques rares îlots. Il y a une dilatation des voies d'excrétion. La rétention du liquide amène une prolifération conjonctive autour des lobules, des acini, des canaux excréteurs. L'épithelium tombe et les cellules perdent leur caractère propre. Aucun de ces lapins n'avait eu de sucre dans les urines.

DASTRE.

**Klinische Basis zu meiner Theorie, etc. (Base clinique de la théorie relative à la néphrite parenchymateuse et contribution à l'étiologie de l'ulcère rond de l'estomac), par Alexandre FAVRE** (*Archiv für pathol. Anat. und Physiol.*, *CXXXVII*, *2*).

Al. Favre décrit 4 nouveaux cas cliniques semblant montrer que la néphrite parenchymateuse peut être le résultat d'une rétention d'urine et de l'infection du sang par les bactéries, qui sont capables à elles seules de produire la néphrite.

En injectant à des lapins des cultures provenant d'une éclamptique, dont l'estomac présentait des ulcéres ronds, Al. Favre put produire chez ces animaux une ptomaïnémie et des ulcères ronds. Ces faits indiquent que les bactéries du placenta circulent dans le sang et sont la cause du rein gravide et de l'éclampsie. Ce sont les mêmes bactéries qui produiraient la ptomaïnémie et les ulcères ronds. ÉD. RETTERER.

**Altérations du foie consécutives à la ligature de l'artère hépatique, par Carl JANSON** (*Nordiskt med. Arkiv*, *XXVI*, *34*).

J. a pu conserver, sur 18 lapins opérés, 13 de ces animaux assez longtemps pour étudier les altérations du foie. Ce sont tout d'abord des foyers nécrotiques plus ou moins vastes, tout ou partie d'un lobe, un enkystement, puis une cirrhose très prononcée. Dans cette cirrhose apparaissent de pseudo-canalicules biliaires qui relient le parenchyme aux vrais canalicules. A. C.

**Ueber das Wesen der Leberregeneration (Sur la régénération du foie), par E. PONFICK** (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p. 481*, *1894*).

Après extirpation d'une grande partie du foie (la moitié ou les deux tiers du côté gauche par exemple) chez le lapin, on voit le reste du foie (le tiers de droite, par exemple, s'hypertrophier, de manière à doubler ou à tripler de volume en 3 à 4 semaines.

La forme générale et le plan de structure du lobe restant sont conservés; son augmentation de volume est due à l'hypertrophie de chacun des lobules dont il se compose, elle se fait par interposition dans chacun de ces lobules de cellules hépatiques nouvelles provenant de la prolifération des anciennes. En même temps les vaisseaux du lobule subissent des transformations correspondantes. LÉON FREDERICQ.

**De l'extirpation totale de l'estomac chez le chat, par J. CARVALLO et V. PACHON** (*Soc. de biol.*, *15 décembre 1894*).

Czerny et Kaiser ont pratiqué l'extirpation chez le chien (1878). Carvallo et Pachon, chez le même animal (1893); de même Filipi et Monari (1894). Ici il s'agit d'un chat opéré depuis un mois environ, dont le poids se maintient autour de 1,580 grammes. Il pesait 2,000 grammes au moment de l'opération. L'animal était nourri de lait, farine de riz et jaunes d'œufs. Les fèces sont liquides avec le lait seul : solides avec le mélange précédent. Des morceaux de viande cuite sont digérés également. La digestion des trois classes d'aliments est donc parfaite chez le chat comme chez le chien agastre. En revanche, il y a digestion impar-

faite de la viande crue. Après l'ingestion alimentaire, l'animal se montre fatigué, affaissé. Il y a paresse à se nourrir (est-ce diminution de la faim ?). Il n'y a pas de vomissements. Il est toujours resté une petite portion de cardia chez les chiens opérés. Chez le chat, la gastrectomie totale est plus facile à réaliser et l'a été de fait, dans le cas présent.

DASTRE.

**Recherches expérimentales sur la pathogénie du coup de chaleur, par LAVERAN** (*Bull. Académie de méd.*, *27 novembre 1894*).

Des expériences instituées sur le chien par Laveran, il résulte que l'exercice favorise puissamment la production des accidents occasionnés par la chaleur. L'exercice élève par lui-même la température du corps ; son influence vient ainsi s'ajouter à celle de la chaleur extérieure pour faire monter cette température.

Dans les conditions ordinaires où se produit le coup de chaleur, la mort ne s'explique ni par la coagulation de la myosine, ni par l'asphyxie, ni par l'auto-intoxication ; elle paraît être la conséquence d'une action directe, excitante d'abord, puis paralysante de la chaleur sur le système nerveux.

OZENNE.

**Immunité dans les maladies infectieuses, par Pierre ACHALME** (*In-8°*, *Paris*, *1894*).

Un travail de vulgarisation des idées actuellement en cours sur le mécanisme de l'immunité ne peut être accueilli qu'avec faveur dans le monde médical, surtout lorsqu'il présente les qualités de précision scientifique, de clarté et d'aisance dans l'exposition que Achalme a su donner à son livre.

L'auteur décrit successivement les moyens d'attaque des microbes, les moyens de défense de l'organisme, l'action des phagocytes et le rôle des humeurs ; il fait une intéressante étude de la physiologie de l'organisme réfractaire et passe en revue les immunités naturelle, acquise et provoquée, la durée de l'immunité, sa transmissibilité héréditaire, les causes qui l'affaiblissent. Particulièrement intéressante est la partie de l'ouvrage réservée à l'exposé des théories générales de l'immunité et à leur discussion ; les conclusions sont toutes favorables à la théorie de la phagocytose, « qui est l'agent toujours nécessaire et le plus souvent suffisant de la défense de l'économie. »

Un appendice de quelques pages, consacré aux récentes recherches faites à l'Institut Pasteur sur le sérum antidiphtérique, termine l'ouvrage.

H. BOURGES.

**Note on the oxydising powers of different regions of the spectrum in the relation to the bactericidal action of light and air, par R. D'ARCY et W. HARDY** (*The Journ. of physiol.*, *XII*, *p. 390*).

Marshall Ward (1893) a montré que la lumière exerce une action bactéricide par sa portion bleue et violette, le maximum d'action existant à la limite de ces deux couleurs. Cette propriété ne s'exerce qu'en présence de l'oxygène (Wesbrook 1894) ; d'autre part l'ozone et l'eau oxygénée

détruisent les bactéries. Enfin, toutes les fois qu'il se produit une active évaporation à la lumière directe du soleil, il se produit de l'oxygène actif (Würster). Ces faits rendent possible que l'action bactéricide soit due à la production d'un agent oxydant à la surface du liquide. C'est ce que les auteurs ont voulu vérifier. Ils se sont assurés d'abord que dans le cas d'évaporation, c'est dans la partie bleue du spectre jusqu'au violet et à l'ultra-violet que se produit l'agent oxydant. Comme indicateur d'oxydation on emploi la tétra-substance de Wuster (tétraméthylparaphénildiamine), et le papier sensibilisé de Schuckardt qui passe au violet en présence de la plus légère trace de bioxyde d'hydrogène. Il faut opérer avec un papier découpé en bandes interrompues. Le résultat a semblé positif. L'action bactéricide de la lumière et de l'air serait due en partie à la production de corps oxydants. DASTRE.

**Recherches sur l'association du pneumocoque avec le staphylocoque pyogène doré par E. MOSNY** (*Soc. de biol.*, *29 décembre 1894*).

Dans tous les cas, l'association des cultures vivantes du staphylocoque doré avec les cultures vivantes du pneumocoque a exalté la virulence de ce dernier microbe, surtout lorsque les deux cultures ont été inoculées simultanément et à distance. Ce qui exalte la virulence du pneumocoque, ce n'est pas le staphylocoque lui-même, mais bien sa toxine. DASTRE.

**Remarques sur les propriétés des produits solubles du staphylocoque pyogène, par J. COURMONT** (*Soc de biol.*, *8 décembre 1894*).

Le microbe S. pyogène fabrique des substances prédisposantes à l'infection par staphylocoques, substances solubles dans l'alcool, et des substances vaccinantes (précipitables par i'alcool). Les propriétés toxiques sont, quant à leur énergie, extrêmement variables. La soi-disant toxine n'est qu'un mélange indéterminé de toxines multiples, à propriétés antagonistes, séparément plus toxiques que l'ensemble, mélange qui varie suivant les circonstances. L'auteur a conservé, pendant des mois, des animaux, tandis que Mosny et Marcano les ont toujours vu succomber à des infections secondaires. Le sérum des lapins vaccinés contre le staphylocoque a des propriétés anti-toxiques remarquables (Mosny et Marcano) ; il atténue la virulence. DASTRE.

**Bacterioscopische Blutuntersuchungen (Recherches bactérioscopiques sur le sang), par SITTMANN** (*Deutsche Archiv f. klin. Med.*, *LIII, p. 323*).

Sittmann place une ligature sur le bras comme pour la saignée, il désinfecte la peau du pli du coude au savon, au sublimé, à l'alcool et à l'éther ; il ponctionne la veine médiane ou la céphalique et aspire 5 centimètres cubes de sang à l'aide d'une seringue stérilisée. Il distribue ce sang, à raison de 1 centimètre chacun, dans trois tubes de gélatine liquéfiée ou d'agar et dans 2 tubes de bouillon. Il les secoue pour éviter la coagulation, verse les tubes de gélatine dans des verres de Petri, et les place à 22°, les tubes de bouillon sont mis à 37°.

Il a ainsi trouvé le staphylocoque dans 11 cas (métrites, suppuration de la peau, angine, lithiase biliaire, cancer du foie, fièvre typhoïde,

tuberculose avancée) au nombre de 1 à 14 par centimètre cube. Le streptocoque a été vu dans 4 cas, peu abondant dans une influenza mortelle, il y en avait 16, 6 dans une paramétrite 6 heures avant la mort et dans un cas de suppuration cutanée et de pneumonie avec septico-pyémie de 2,023 à 2,198 par centimètres cube. Dans 6 cas de pneumonie il a trouvé le pneumocoque. Dans un cas d'affection intestinale non déterminée, et un cas de cholélithiase avec abcès du foie, il y avait infection mixte du foie. Ses recherches sont restées négatives dans deux cas d'atrophie jaune aiguë du foie, dans 10 cas de pneumonie dont 2 suivis de mort, dans 3 cas de fièvre typhoïde, 1 cas de tuberculose pulmonaire et dans 10 cas de rhumatisme articulaire aigu. Il résulte pratiquement de ces faits que dans la septico-pyémie l'examen bactériologique du sang est le moyen le plus sûr d'aider le diagnostic.

Dans le même travail, Sittmann étudie l'excrétion par l'urine des staphylocoques : il remarque que cette excrétion varie suivant leur virulence ; si elle est forte, ils apparaissent dans l'urine après la 8e heure ; si elle est faible dès la 5e heure. C. LUZET.

**De la présence des microbes dans le chyle normal chez le chien, par DESOUBRY et PORCHER; remarques sur la note précédente, par E. NOCARD** (*Soc. de biologie, 9 février 1895*).

Les microbes intestinaux traversent-ils la paroi intestinale saine? Les auteurs explorent le chyle du canal thoracique et de la veine porte d'animaux à jeun et en digestion. En ce qui concerne le chyle, l'animal (chien) étant sacrifié brusquement, on puisait dans la citerne de Pecquet et on ensemençait des plaques ou des flacons de bouillon. Toutes les fois que l'animal avait reçu de la graisse ou du lait, on a trouvé des coccus, des bactéries et des bacilles.

Nocard a trouvé que le sérum des chevaux saignés plusieurs heures après le repas, s'altérait souvent à la longue par suite de l'existence, dans ce sang, d'un très petit nombre de microbes venant de l'intestin.

DASTRE.

**Die Bedeutung des Speichels und Auswurfs für die Biologie einiger Bacterien, par E. GRAWITZ et W. STEFFEN** (*Berlin. klin. Wochens., n° 18, p. 419, 30 avril 1894*).

Adolf Schmidt a montré (*Centralblatt f. klin. Med.*, 1893, n° 30) que l'expectoration humaine constituait un milieu nourricier naturel, excellent pour les pneumocoques.

W. Steffen a étudié à un point de vue plus général, la valeur des crachats comme milieu nourricier des microorganismes (*Das menschliche Sputum als Nahrboden für Bacterien.* Thèse Berlin, 1894). Il a constaté que les staphylocoques pyogènes, le streptocoque pyogène et le bacille diphtéritique y trouvent des conditions favorables de développement. Après quelques jours de croissance, le bacille de Loeffler liquéfie son milieu nourricier dans lequel il forme alors trois couches : une supérieure constituée par une pellicule crémeuse, terne, gris blanchâtre, épaisse; une moyenne représentée par un liquide clair un peu brunâtre, une infé-

rieure consistant en un épais sédiment gris. Sous le microscope, la pellicule superficielle contient seule des bacilles qui y sont très nombreux.

Grawitz et Steffen ont ensuite porté leur attention sur les particularités des cultures du pneumocoque de Fraenkel. Comme Schmidt, ils ont reconnu que cultivé sur des crachats pneumoniques, il se présente à l'état capsulé, bien qu'on l'ait transplanté d'un sol artificiel (agar, par exemple) sur lequel il n'avait pas de capsule. Cultivé dans des crachats muqueux, au contraire, le pneumocoque n'est capsulé qu'autant qu'il l'était lorsqu'on l'y a ensemencé.

Sa longévité est très accrue lorsqu'on le cultive dans l'expectoration pneumonique; des cultures qui restent infécondes sur l'agar deviennent luxuriantes dans les crachats de pneumonie.

Sanarelli (*R. S. M.*, XXXIX, 67) a fait connaître que cultivé dans la salive, le pneumocoque, tout en s'y multipliant très rapidement, ne tarde pas à perdre de sa virulence.

Les expériences de Grawitz et Steffen, non seulement confirment ce fait, mais prouvent que l'atténuation de la virulence progresse de jour en jour, d'une façon remarquablement régulière; les cultures d'un jour dans la salive tuent des souris blanches en 24 heures, celles de 48 heures ne les tuent qu'en 2 ou 3 jours; celles de 5 ou 6 jours ne les tuent pas ou ne les tuent qu'au bout de 6 ou 7 jours; enfin des cultures plus anciennes ont perdu toute virulence.

Ces cultures salivaires atténuées protègent les animaux contre les cultures virulentes.

Les pneumocoques atténués par la salive reprennent toute leur virulence quand on les transporte dans des crachats pneumoniques. J. B.

**Zur Kentniss von der Wirkung todter Tuberkelbacillen (De l'action des bacilles tuberculeux morts), par MASUR** (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XVI*, *p. 256*).

Les bacilles tuberculeux morts, injectés dans les veines, ne provoquent ni des troubles généraux graves, ni la mort chez les animaux inoculés. On trouve constamment chez eux des nodules tuberculiformes dans les poumons avec cellules géantes ; mais sans caséification : de plus il existe une pneumonie interstitielle chronique plus ou moins forte. Une partie des animaux présente des processus de pneumonie catarrhale dans les poumons, des altérations inflammatoires diverses dans les reins, une accumulation de pigment dans la rate, des altérations des vaisseaux. Il est indifférent, pour le résultat de l'expérience, de quelle façon les bacilles ont été tués. Il faut vraisemblablement rapporter toutes les altérations organiques à l'influence des substances toxiques, émanant du corps des bacilles tuberculeux en voie de désagrégation. C. LUZET.

**Sur un cas de pseudo-tuberculose du cobaye, par WURTZ** (*Archives de méd. exp.*, *VI*, *6*).

A l'autopsie d'un cobaye bien portant tué par piqûre du bulbe, le foie et la rate sont criblés de granulations miliaires, qu'on retrouve en moins grande abondance dans les reins et les poumons. La recherche du bacille

de Koch était négative ; mais des examens appropriés montraient un bacille trapu, court, renflé aux extrémités, mobile sur place, se décolorant par le Gram. Le bacille est inoculable aux cobayes et reproduit la forme lésionnelle initiale : nodule lymphatique pur sans cellules géantes ni cellules épithélioïdes. GIRODE.

**Delle varietà di tubercolosi negli animali a sangue freddo, par P. DE MICHELE** (*Il Morgagni, p. 98, février 1894*).

Les animaux à sang froid (grenouilles, tritons, serpents, tanches) sont réfractaires à la tuberculose des mammifères, à la tuberculose aviaire et à la tuberculose zoogléique, quelle que soit la température à laquelle ils sont soumis. Ils se libèrent du virus par un véritable processus de phagocytose, dans un temps proportionnel à la dose inoculée. Ils conservent pendant un temps variable le microorganisme vivant et virulent dans leurs tissus qui sont par suite capables de transmettre et de disséminer la maladie. La tuberculose produite chez le cobaye au moyen des tissus d'animaux à sang froid qui ont reçu le virus ne diffère pas dans sa marche de celle déterminée par d'autres produits tuberculeux. Les produits résultant de la destruction des bacilles de la tuberculose humaine ne perdent pas leurs propriétés toxiques en passant à travers l'organisme des animaux à sang froid. GEORGES THIBIERGE.

**I. — Della cultura del diplococco di Fränkel nelle uova, par A. SCLAVO** (*Roma, 1894*).

**II. — Ueber einen neuen für Thiere pathogenenen Microorganismus aus dem Sputum eines Pneumoniekranken, par BUNZL-FEDERN** (*Arch. f. Hyg., XIX, et Hyg. Rundsch., IV, n° 17, p. 790, 1er novembre 1894*).

**III. — Ueber einen neuen Vibrio aus Sputum, par BRIX** (*Hyg. Rundsch., IV, n° 20, p. 913, 15 octobre 1894*).

I. — Sclavo a reconnu que l'œuf frais de poule constitue un milieu nourricier très favorable au diplocoque de Fränkel ; il y garde sa virulence entière pendant 30 jours et tue encore, quoiqu'un peu moins rapidement, les lapins au bout de 50 jours.

II. — En inoculant au lapin des crachats rouillés d'un pneumonique mort ultérieurement, sans autopsie, Bunzl-Federn a obtenu un nouveau microbe pathogène pour les souris et les lapins. La forme de ce microbe varie non seulement suivant le milieu nourricier, mais encore, dans le sang des animaux infectés, suivant l'espèce animale. Dans le sang du lapin et du cobaye, on le trouve à l'état de bâtonnet court, assez épais, affectant souvent l'apparence d'un diplocoque, à cause de la coloration de ses pôles. Dans le sang des souris blanches, les bâtonnets sont beaucoup plus longs et fréquemment prennent l'aspect de diplobacilles. Au contraire, chez les pigeons, les bâtonnets sont plus courts et plus arrondis à leurs extrémités. Ce nouveau microorganisme perd sa couleur par le traitement de Gram. Sur la gélatine, qu'il ne liquéfie pas, il croît lentement. Dans le bouillon, il produit d'abord un trouble qui s'éclaircit ensuite en donnant lieu à un sédiment muqueux. Bunzl-Federn n'a observé ni formation de spores, ni mouvements propres. Les lapins ino-

culés sous la peau avec 1/2 ou 1 centimètre cube de culture en bouillon périssent dans l'espace de 12 heures à 3 jours au milieu des phénomènes d'une septicémie aiguë ; les germes d'infection se retrouvent dans le sang, les organes et les transsudats ; l'autopsie de ces animaux révèle de l'hypertrophie de la rate et des hémorragies.

Suivant le milieu nourricier, le microbe peut présenter toutes les figures intermédiaires entre la sphère et le filament allongé et flexueux.

III. — A l'examen microscopique de l'expectoration d'un pneumonique, Brix a rencontré, à côté du diplocoque de Fränkel, un nouveau bacille en virgule ayant presque exactement les dimensions longitudinales et transversales ainsi que les vifs mouvements du bacille cholérique et un cil terminal 3 ou 4 fois aussi long que le vibrion même.

Brix a réuni dans un tableau synoptique les principaux caractères différentiels des 13 vibrions déjà connus et du sien. J. B.

**I. — Des lésions intestinales dans l'intoxication diphtéritique expérimentale, par J. COURMONT et M. DOYON** (*Soc. de biol., p. 80, 2 février 1894*).

**II. — Marche de la température dans l'intoxication diphtéritique expérimentale, par Les Mêmes** (*Ibid., p. 82, 2 février 1895*).

I. — La toxine dipthéritique est un poison vaso-dilatateur, congestif, hémorragique. Cette vaso-dilatation ne se manifeste qu'après une période d'incubation. Avec les doses fortes, chez le chien (50 centimètres cubes dans une veine), l'animal est pris après 2 à 3 heures, vomit, émet par l'intestin des matières jaunâtres et meurt en asthénie. Il y a une entérite pseudo-membraneuse de toute la moitié inférieure de l'intestin grêle, siège principal probable de l'élimination.

II. — Après l'injection, et suivant la dose, la température monte plus ou moins aussitôt après, atteint son maximum et s'y maintient plus ou moins longtemps, puis se produit le phénomène caractéristique, l'hypothermie, la baisse. Cette hypothermie apparaît après une période d'incubation plus ou moins longue, mais inévitable. La température ambiante a une grande influence sur le degré de l'hypothermie une fois produite. Cette hypothermie n'est pas un facteur appréciable de la mort de l'animal.

DASTRE.

**Rein granuleux expérimental avec hypertrophie du cœur par toxine diphtéritique, par ENRIQUEZ et HALLION** (*Soc. de biol., 8 décembre 1894*).

Les auteurs ont signalé déjà des lésions ulcéreuses de l'estomac, de sclérose névroglique de la moelle chez des animaux succombant à l'injection de toxine diphtéritique. Ils signalent aujourd'hui des lésions du rein et du cœur chez un singe qui avait résisté à deux injections de 4 centigrammes de bouillon diphtéritique filtré. Roux a de même rencontré l'état granuleux des reins chez des animaux sacrifiés après intoxication diphtéritique. DASTRE.

**I. — Sur la période d'incubation dans les empoisonnements par toxines microbiennes, par ENRIQUEZ et HALLION** (*Soc. de biol.*, *21 décembre 1894*).

**II. — Idem, par COURMONT** (*Ibidem*).

I. — Les auteurs ont expérimenté la toxine diphtéritique sur un chien chez qui l'on enregistre la respiration et la pression artérielle. Ce n'est qu'au bout de plusieurs heures que les symptômes commencent à se manifester. Il y a une période latente, une période d'incubation. Celle-ci, dans les maladies infectieuses, ne représente pas seulement la phase de prolifération latente des germes, mais aussi, pour une part considérable peut-être, la phase d'action latente de leur toxines.

II. — Courmont et Doyon, en démontrant la phase d'incubation pour les produits solubles du bacille de Nicolaïer, ont pensé qu'il s'agissait là d'un mécanisme général. Ils ont expérimenté précisément sur la toxine diphtéritique. Celle-ci tua les chiens en hypothermie extrême. Mais ce n'est qu'après 15 heures, dans les expériences, que l'effet se manifeste et la température de l'animal tombe alors en 5 heures de 39°,5 à 29°. L'effet d'incubation est évident. DASTRE.

**Action du sérum antidiphtéritique sur la nutrition, par CHARRIN et ROGER** (*Soc. méd. des hôp.*, *14 décembre 1894*).

Les auteurs ont étudié les modifications des urines sur des lapins pesant 2,000 grammes environ et recevant sous la peau de 3 à 5 centimètres cubes de sérum. Le plus souvent il y a eu une légère polyurie ; la densité s'est toujours élevée, l'urée et l'acide phosphorique ont notablement augmenté, tandis que les chlorures ont diminué ; les variations sont donc semblables à celles que détermine la fièvre ; cependant la température n'a pas varié. Sur un lapin un peu malade l'introduction du sérum amena un accès de fièvre, un amaigrissement rapide, une énorme diminution d'urine avec modifications analogues à celles des lapins sains. H. L.

**Calorimetrische Untersuchungen am hungernden Kaninchen im fieberfreien und fieberhaften Zustande (Recherches calorimétriques chez le lapin fébricitant), par E. NEBELTHAU** (*Zeitschr. f. Biologie*, *XXXI*, *p. 292*, *1894*).

L'auteur a fait au moyen du calorimètre de Rubner (calorimètre d'Arsonval modifié), de nombreuses déterminations calorimétriques sur des lapins à jeun, tant pendant la fièvre qu'en dehors de cet état morbide. Il résume de la façon suivante les résultats de ses recherches :

1° On constate pendant la fièvre une augmentation de la production de chaleur et une augmentation des pertes de chaleur ;

2° L'augmentation fébrile de la température interne, par simple rétention de chaleur (théorie de Traube) n'est pas prouvée, quoique sa possibilité ne puisse être niée *à priori ;*

3° Pendant la période d'augmentation de la fièvre on observe des variations plus grandes des pertes horaires de chaleur que chez l'animal sain ;

4° Quoique pendant la fièvre, il y ait chez le lapin augmentation des pertes de chaleur, le rapport entre la chaleur perdue par évaporation d'eau et la chaleur perdue par contact et rayonnement reste le même que chez l'animal sain ;

5° Les pertes de chaleur sont influencées par les agents extérieurs de la même façon pendant l'état fébrile que chez l'animal sain ;

6° Pendant la fièvre persiste un certain degré de régulation de la température ;

7° La section transversale de la moelle épinière entre la sixième et la septième vertèbre cervicale amène une diminution durable de la production de chaleur et des pertes de chaleur ;

8° Il y a dans ce cas un trouble de la régulation de la chaleur animale ; l'animal n'est plus capable de compenser l'action du froid extérieur par une diminution des pertes de chaleur. LÉON FREDERICQ.

**I. — Vergleichende Studien an Bacterium coli commune verschiedener Provenienz, par FREMLIN** (*Arch. f. Hyg., XIX, et Revue d'hyg., XVI, p. 887*).

**II. — Recherches sur la mobilité et les cils de quelques représentants du groupe des coli-bacilles, par Henry DE STÖKLIN** (*Mittheil. aus Kliniken und medic. Instituten der Schweiz, et Hyg. Rundsch., IV, n° 21, p. 984, 1er novembre 1894*).

**III. — Ueber die Veränderungen einiger Lebenseigenschaften des Bakterium coli commune durch äussere Einflüsse, par VILLINGER** (*Arch. f. Hyg., XXI et Hyg. Rundsch., IV, n° 24, p. 1123, 15 décembre 1894*).

**IV. — Dei rapporti patogeni fra il bacillo del tifo e il bacterium coli commune, par E. AGRO** (*Ann. dell' Istit. d'Ig. sperim. d. R. Univ. di Roma, III, nouv. série*).

**V. — La diagnosi differenziale del bacillo del tifo, par C. TERNI** (*Ibid.*).

I. — Fremlin a recherché si le bacille colique que l'on obtient des excréments de diverses espèces animales par cultures sur plaques de gélatine était identique ou non à celui de l'homme. Les matières fécales des rats, des pigeons et des cobayes ne lui ont pas fourni de bacille colique, qu'il a constaté en revanche dans celles des chiens, des lapins et des souris. Fremlin conclut que les bacilles du côlon présentent une grande ressemblance dans les différentes espèces d'animaux ; que celui de l'homme possède des mouvements propres, plus vifs que les autres, tandis que celui du lapin est à peine ou pas du tout mobile. Quand on additionne les pommes de terre d'acide acétique ou de soude, l'aspect du bacille de l'homme se rapproche davantage de celui du bacille typhoïdique que celui des autres bacilles coliques. Le bacille du côlon humain est aussi, comme celui d'Eberth, plus sensible aux températures élevées que les autres bacilles coliques. Les cils sont toujours difficiles à apercevoir chez les divers bacilles coliques ; on n'en voit jamais chez celui du lapin, à moins qu'on ne l'ait rendu virulent par le procédé d'Alexandre Fränkel (occlusion de l'intestin), ce qui lui confère en outre une mobilité plus marquée et les propriétés fermentatives du bacille du côlon humain.

II. — De Stoeklin partage l'opinion que la désignation de bacille banal du côlon ne correspond pas à une unique espèce, mais à tout un groupe de bacilles intestinaux. Il n'y a que deux caractères généraux, communs à tous les membres de ce groupe microbien : la non-fluidification de la gélatine et la décoloration par le traitement de Gram. Une différence essentielle entre diverses espèces du groupe, c'est que certaines ont des mouvements propres, d'autres non ; sur 30 espèces isolées par de Sto-

eklin, les 2/5 étaient mobiles, les 3/5 immobiles, mais il croit que ces proportions peuvent varier suivant l'âge et le sexe des personnes examinées. Les mouvements des bacilles étaient toujours d'une énergie très grande. La coloration des cils par le procédé Löffler est un bon moyen de différencier non seulement les bacilles intestinaux mobiles, mais aussi de les distinguer du bacille d'Eberth.

III. — Villinger a répété les expériences de Malvoz sur la transmutation du bacille colique en bacille d'Eberth, mais sans parvenir à ce résultat. L'addition d'acide phénique et la culture prolongée à 42° n'ont eu d'autres effets que de ralentir beaucoup la multiplication et la croissance des bacilles coliques qui deviennent très petits et forment de longues chaînes dans le bouillon de veau. L'exposition à des températures de 60 à 80° ne supprime la réaction de l'indol que dans les premières cultures en bouillon. La dessiccation des bacilles est sans influence sur eux. Aussi Villinger conclut-il que le bacille colique n'est pas devenu identique au bacille typhoïdique, alors même qu'il a perdu quelques-unes de ses propriétés typiques, sous l'influence de circonstances qui troublent son développement.

IV. — A la suite d'expériences qu'il a faites sur des cobayes, Agro admet qu'il est possible que dans maints cas de fièvre typhoïde, le bacille colique joue un rôle dans l'évolution de la maladie.

V. — Terni affirme la valeur diagnostique du caractère de mobilité du bacille d'Eberth. Aucune des espèces qui s'en rapprochent (bacille colique, bacilles aquatiques divers) ne présente des mouvements propres aussi vifs et aussi nets. J. B.

**Ueber die specifische Immunitätsreaction..... (L'immunisation spéciale aux bacilles typhiques), par R. PFEIFFER** (*Deutsche med. Woch., n° 48, p. 898, 1894*).

1° Le poison des bacilles typhiques comme celui des vibrions cholériques est intimement uni aux corps bacillaires et ne passe pas à travers les filtres. Par les vapeurs de chloroforme, ou par la chaleur à 54° C. pendant une heure, on peut tuer les bacilles sans détruire leurs toxines; les toxines ainsi obtenues tuent le cochon d'Inde à la dose de 3 à 4 milligrammes pour 100 grammes; elles sont d'une nature très instable;

2° Les animaux immunisés à l'aide de ces toxines, présentent dans leur sérum des corps qui jouissent de la propriété bactéricide à l'égard du bacille typhique, mais sont dépourvus de toute action contre le bactérium coli et les bactéries qui s'en rapprochent. La présence de ces corps est absolument caractéristique du bacille typhique;

3° On les retrouve dans le sang des convalescents de fièvre typhoïde;

4° Les tentatives d'immunisation contre le choléra et la fièvre typhoïde montrent que les éléments bactéricides spécifiques s'accumulent en grande quantité dans le sang des animaux immunisés. H. DE BRINON.

**I. — Eine Typhusepidemie..... und die Diagnose des Typhusbacillus mittelst Formalin, par SCHILD** (*Zeits. f. Hyg. und Infekt., XVI, et Hyg. Rundsch., IV, n° 14, p. 631, 15 juillet 1894*).

**II. — Typhusbacillen im Knochenmark, par H. QUINCKE** (*Berlin. klin. Wochens., n° 15, p. 351, 9 avril 1894*).

**III. — Ueber typhöse Meningitis, par A. STUEHLEN** (*Ibidem, p. 352*).

**IV. — Beitrag zur Pathogenese der Kehlkopfsaffectionen beim Typhus, par L. LUCATELLO** (*Ibid., n° 18, p. 379, 16 avril 1894*).

I. — Schild a utilisé la formaline pour le diagnostic du bacille typhoïdique. Il a reconnu, en effet, que les vapeurs de formaldéhyde tuent au bout de 75 minutes les colonies typhoïdiques sur plaques de gélatine, tandis qu'au bout de 2 heures elles n'ont encore eu aucune action marquée sur le bacille du côlon. Dans un bouillon contenant 1/13000 de formaline, le bacille d'Eberth ne se développe plus, tandis que le bacille côlique se développe encore dans un bouillon en renfermant 1/4000. Aussi, Schild propose, en cas d'hésitation, d'employer un bouillon de formaldéhyde à 1/7000. Si la culture ne le trouble pas, on a affaire à du bacille typhoïdique, dans le cas contraire à des bacilles du côlon. La formaline ne doit être ajoutée qu'après stérilisation des tubes de bouillon, parce que, dans l'autoclave, l'aldéhyde se dégagerait; pour la même raison, il ne faut se servir que de tubes fraîchement préparés.

II. — Poursuivant les recherches de son élève Ebermaier (*R. S. M.*, XXXIV, 650), Quincke a constaté la présence du bacille d'Eberth dans la moelle osseuse (côtes et sternum) sur les cadavres des typhoïdiques. 8 fois sur 9, il a décelé ce microorganisme dans la moelle costale et 2 fois sur 2 dans celle du sternum; en général, les bacilles d'Eberth étaient moins nombreux dans la moelle que dans la rate. Dans le seul cas où la moelle osseuse ne renfermait pas de bacilles, la rate n'en présentait pas davantage. Il s'agissait du corps d'un malade qui avait succombé entre le 6e et le 7e septenaires avec des ulcérations intestinales en voie de cicatrisation.

III. — Stühlen, assistant de Quincke, a trouvé exclusivement des bacilles d'Eberth dans le pus méningé chez un typhoïdique qui avait succombé à une méningite suppurée vers la fin du 2e septenaire.

IV. — Chez un typhoïdique qui avait du catarrhe laryngien, Lucatello a décelé le bacille d'Eberth d'abord du vivant de ce malade dans le suc de la rate (10e jour) et dans la salive (12e jour), puis à son autopsie, dans la muqueuse enflammée du larynx. J. B.

**Diagnostic du bacille typhique et du bacterium coli commune, par MARPMANN** (*Centralbl. f. Bakt., p. 817, 10 novembre 1894*).

Si l'on fait dissoudre 1 gramme de vert-malachite dans 100 grammes d'eau, et, qu'après décoloration au moyen d'une solution concentrée de bisulfite de soude, on ajoute 2 0/0 de ce liquide à de la gélose ordinaire, on obtient un milieu de culture jaune clair, qui, en présence d'une aldéhyde, devient vert. Certaines cultures microbiennes donnent également lieu à cette régénération de la couleur verte, probablement à cause de la formation d'une aldéhyde : tels sont le bacille typhique et le vibrion du choléra, tandis que le bacterium coli reste blanc-grisâtre.

On peut encore noircir de la gélose, en y ajoutant une solution aqueuse d'indoline jusqu'à ce que le mélange placé dans un tube à expérience devienne opaque. Sur ce milieu les colonies de bacille typhique forment un enduit humide sans coloration particulière et ce n'est qu'après plus de huit jours que la culture forme une strie blanc-grisâtre. Au contraire, le

bacterium coli commune pousse beaucoup plus vigoureusement et il lui suffit de quelques jours pour former une épaisse traînée blanche.

H. BOURGES.

**Contribution à l'étude de l'étiologie de la dysentérie, par H. DE SILVESTRI** (*Soc. de biol., p. 71, 2 février 1895*).

Une épidémie de dysenterie dans les environs de Nebbuino (lac Majeur) a fourni à l'auteur l'occasion d'examiner les déjections des malades, dans le laboratoire de Perroncito, à Turin, et d'y reconnaître la présence d'un microbe diplocoque, qui, injecté dans le rectum d'un chien, a provoqué des selles diarrhéiques ; de même chez le chat. DASTRE.

**Contribuzione alla etiologia della pioemia con ricerche comparative sullo streptococcus pyogenes ed erysipelatis, par C. PARASCANDOLO** (*La Riforma medica, nos 213, 250, 258, 259, 260, 1894*).

L'auteur conclut de recherches bactériologiques faites dans 3 cas de pyohémie qu'on rencontre dans le sang des sujets atteints de pyohémie un grand nombre de streptocoques de même espèce, ces mêmes streptocoques se trouvent dans les foyers de suppuration ; souvent on rencontre en même temps d'autres microorganismes dans ces foyers, surtout lorsqu'ils communiquent directement avec l'air extérieur.

Ces streptocoques sont pathogènes pour le cobaye et le lapin. Les streptocoques que l'auteur a isolés dans le sang des pyohémiques diffèrent du streptococcus pyogenes et du streptocoque de l'érysipèle, dont ils se distinguent par la plus longue durée de leur vitalité, par leur plus grande résistance aux températures élevées ou basses, par quelques propriétés chimiques particulières. L'auteur considère le streptococcus pyogenes et le streptococcus erysipelatis comme des microorganismes distincts l'un de l'autre. GEORGES THIBIERGE.

**Die Bedeutung der Leber für das Zustande Kommen des Pankreasdiabetes (Importance du foie dans la production du diabète pancréatique, par W. MARCUSE** (*Arch. f. Physiol., p. 539, 1894*).

L'extirpation du pancréas ne rend les grenouilles diabétiques que si le foie a été conservé. L'extirpation simultanée du foie et du pancréas ne produit pas le diabète. On sait que la piqûre diabétique est également sans effet après l'extirpation du foie. Seul le diabète phloridzique se montre encore après extirpation du foie (au moins chez les oiseaux).

LÉON FREDERICQ.

**Étude bactériologique de la variole, par LE DANTEC** (*Presse méd., 15 décembre 1894*).

Le D. a constamment trouvé dans la variole un streptocoque qui n'est pas spécifique et qu'il appelle *variolocoque*, et qui se différencie de l'érysipélocoque.

Dans les cas de variole foudroyante, le variolocoque n'existe que dans le sang. Dans les cas de variole hémorragique d'emblée, il est dans le sang et les viscères (foie, rein, etc.). Dans les cas de variole suppurée, il

est le plus souvent généralisé dans tout l'organisme (sang, foie, rein, rate, poumons, testicules, muscles, moelle osseuse, pustules, etc.).

Le variolocoque du sang est un virus fort, c'est un long streptocoque.

Le variolocoque de la pustule est un virus atténué, c'est un court streptocoque.

Le sang varioleux contenant le variolocoque virulent, inoculé à dose massive dans le derme de la génisse (scarifications, dénudations, injections intradermiques), donne naissance à la vaccine.

Le Dantec conclut de ses recherches qu'il y a identité entre la variole et la vaccine. A. C.

**On the action of heat and cold on erysipelas, par W. FILEHNE** (*The Journ. of physiol.*, *p. 314*).

La fièvre des maladies infectieuses est-elle un processus malfaisant ou un procédé défensif de l'économie? L'auteur a étudié l'érysipèle expérimental provoqué sur l'oreille du lapin, dont on peut faire varier la température de près de 25° sans influencer notablement celle du corps, suivant que l'animal est placé dans une chambre à 1° ou 2° ou bien à 37°. Dans le cas où l'animal est chauffé, l'érysipèle évolue très vite, apparaît quelques heures après l'inoculation, atteint son maximum le second jour, et finit le troisième; il est très modéré comme étendue et comme effet d'œdème. Chez l'animal de contrôle, la marche est beaucoup plus lente, le maximum est atteint au cinquième jour, les accidents plus étendus et plus graves, la fin est au dixième ou douzième jour.

Dans une chambre froide, l'érysipèle ne se montre pas; mais si après trois jours on ramène l'animal à la température ordinaire, l'inflammation se montre en une demi-heure dans une étendue considérable, croît en intensité en 6 ou 8 heures, et est toujours plus grave que chez l'animal de contrôle. Les streptocoques ont été en état de s'étendre surtout du côté de la base de l'oreille où les vaisseaux lymphatiques sont dispersés. En retirant l'animal de la chambre chaude, un peu trop tôt, on a constaté une rechute très grave. La première attaque n'avait donc pas produit l'immunité. DASTRE.

**Zur Pathologie der Nebennieren, par BERDACH** (*Wien. med. Wochenschrift*, *15 et 22 décembre 1894*).

Chez 12 chiens, B. a extirpé ou détruit les capsules surrénales pour chercher à provoquer expérimentalement la maladie d'Addison. Trois des animaux en expériences succombèrent rapidement par hémorragie; les neuf autres survécurent. B. tire les conclusions suivantes : les capsules surrénales ne sont point des organes indispensables à l'existence, ainsi que le prouve leur extirpation, quand on a soin de ne point léser les plexus nerveux circonvoisins; après extirpation totale, de même du reste que dans les affections non compliquées des capsules surrénales et des réseaux nerveux voisins, on note fréquemment une température anormalement basse. Ce fait, ainsi que toutes les autres manifestations de la maladie d'Addison, ne sauraient être imputés à une maladie des capsules surrénales, mais bien à une affection du système nerveux grand sympathique.

L'article est terminé par un index bibliographique contenant 50 indications. CART.

**I. — Ueber zwei neue im Wasser gefundere Kommabacillen, par BONHOFF** (*Arch. f. Hyg., XIX, et Hyg. Rundsch., IV, n° 10, p. 440, 15 mai 1894*).

**II. — Ueber einen neuen, im Erdboden gefundenen Kommabacillus, par Carl GUENTHER** (*Hyg. Rundsch., IV, n° 16, p. 721, 15 août 1894*).

**III-IV. — Beiträge zur Biologie der Vibrionen: 2 articles, par J. KUPRIANOW** (*Arch. f. Hyg., XIX, et Hyg. Rundsch., IV, n° 10, p. 442 et 443, 15 mai 1894*).

I. — Dans un échantillon d'eau envoyé de Stolp (Poméranie), Bonhoff a trouvé deux sortes de bacilles en virgule.

La première, au bout de 24 heures de développement sur plaque de gélatine, offrait des colonies ressemblant complètement à celles du vibrion cholérique; sous le microscope, on distinguait des formes en virgule et des formes en S. Mais cette nouvelle espèce se différencie, parce qu'elle ne donne pas la réaction du nitrosindol, forme dans le bouillon une pellicule crémeuse d'un blanc grisâtre, beaucoup plus épaisse que les cultures cholériques de même âge, enfin passe à une phase ultérieure de leur développement, les colonies sur plaque de gélatine même, se comportent tout à fait autrement que celles du choléra. En revanche, les expériences sur cobayes fournissent en partie le même résultat qu'avec le vibrion cholérique vrai.

La seconde espèce se présentait aussi sous forme de virgules, mais ne liquéfiait pas la gélatine. Dans la goutte pendante, ces virgules offrent des mouvements propres d'une vivacité extrême et ont des cils semblables à ceux du vibrion cholérique. Il faut à ce vibrion un sol alcalin ou au moins neutre; c'est à la température de l'étuve qu'il se développe le mieux; au-dessous de 10 degrés, il ne se développe plus. Sa croissance est luxuriante sur agar et sur bouillon de peptone alcalin, formant sur celui-ci, en 24 heures, une fine pellicule, plus blanche que celle du vibrion cholérique. Le bouillon de pommes de terre est aussi un excellent milieu nourricier. Dans le lait neutre, il se multiplie à 37 degrés, sans produire dans les 15 premiers jours d'ulcérations visibles; plus tard, la graisse se rassemble à la surface, et le liquide devient d'un jaune d'ambre clair. Quand on ajoute de l'acide acétique, la caséine dissoute se sépare en gros flocons blancs. Les cultures de 24 heures dans la solution de peptone à 1 0/0, additionnées d'acides chlorhydrique ou sulfurique fournissent la même teinte rouge que les vibrions du choléra et de Metchnikoff; l'addition de traces d'acide nitreux ne renferme pas cette teinte. Ce vibrion est enfin un producteur énergique d'alcalis, tandis qu'en bouillon, ses cultures fournissent relativement peu d'hydrogène sulfuré. L'injection intrapéritonéale des cultures en bouillon de ce vibrion en virgules chez des souris blanches provoqua des phénomènes morbides particuliers. Le lendemain de l'inoculation, les souris étaient tapies, les poils hérissés, les yeux clos, l'excitabilité réflexe exagérée; mais dès le jour suivant elles étaient rétablies. Chez les cobayes, l'injection de ces cultures entraîna un abaissement de la température, jusqu'à 36°,9; les vieilles cultures sur bouillon sont moins actives sous ce rapport, et celles sur agar injectées dans le

péritoine déterminent, au contraire, une élévation de la température; d'ailleurs tous les cobayes étaient remis au bout de quelques jours.

II. — Voici dans quelles conditions Günther a rencontré ce nouveau bacille en virgule qu'il dénomme vibrio terrigenus. Un échantillon de terre des couches superficielles de la cour de l'Institut d'hygiène de Berlin avait été inoculé par Elsner avec une culture de diphtérie en bouillon et exposé ensuite 2 jours à la température de 37 degrés. Au moyen de prélevés à la surface de cet échantillon, on prépara des plaques sur gélatine qu'on conserva 24 heures à la température de 27°,8. Au bout de ce temps, ces plaques offraient entr'autres colonies, de petites colonies incolores, à intérieur grossièrement granulaire et à bords un peu irréguliers. Günther isola une de ces colonies, la transplanta sur du bouillon qui, placé à l'étuve à 37 degrés, montra bientôt un léger trouble produit par une culture pure de vibrions qui, dans la goutte pendante et les préparations colorées, ne se distinguaient en rien des vibrions cholériques; dans les cultures en bouillon, on trouvait à côté des formes recourbées en virgule, des spirilles identiques à celles du choléra. Comme tous les autres bacilles en virgule connus, le vibrio terrigenus est animé de mouvements propres qu'il doit à des cils occupant ses deux extrémités où ils constituent parfois de véritables bouquets. Il ne liquéfie pas du tout la gélatine. Sur plaques de gélatine, il donne lieu, en 24 heures, à la température de la chambre, à de minuscules colonies, rondes, tout à fait transparentes, sans structure et à bords lisses. 24 heures plus tard, la plupart de ces colonies ont pris l'aspect de gouttelettes graisseuses. Les colonies profondes se développent moins que celles de la surface. Les plaques de gélatine ont une odeur un peu ammoniacale et aromatique. Ce vibrion se développe parfaitement dans le bouillon nourricier ordinaire, surtout à 28° centigr.; en 24 heures, il y a déjà un trouble notable et des traces d'une pellicule superficielle; il se développe mal dans une solution de peptone alcaline. Il ne donne pas la réaction de nitrosindol. A la surface des pommes de terre, il forme des enduits brillants variant du blanc jaunâtre au brunâtre; les températures de la chambre ou celles un peu supérieures jusqu'à 28° C. lui conviennent mieux que celle de 37°. Il est exclusivement aérobie et ne fait pas fermenter le sucre; la réaction de son milieu de culture est alcaline. Il ne coagule pas le lait et se développe faiblement dans le lait stérile. Il prend bien les couleurs basiques d'aniline et se décolore par le traitement de Gram. Il n'a pas d'action pathogène sur les cobayes qui présentent seulement une déviation passagère de la température, sur les lapins, les souris et les pigeons. Günther a vainement essayé de le retrouver dans d'autres échantillons de terre.

III et IV. — Kuprianow a recherché la nature de l'acide formé par les différents vibrions. Il a reconnu que les vibrio aquatilis, verolirensis et Bonhoff *b* formaient de l'acide lactique inactif; le cholérique, le Finkler et Prior, le Metchnikoff, le Deneke et le Weibel de l'acide lactique sinistrogyre, enfin le Bonhoff *a* du dextrogyre.

Pour les V. aquatilis, Finkler et Metchnikoff, la proportion d'acide formée ne correspond pas à la quantité de sucre fermentée, ce qui prouve qu'il doit s'être formé d'autres produits. J. B.

**I. — Beitrag zur Immunisirungsfrage, par F.-F. WESBROOK** (*Hyg. Rundsch., IV, n° 18, p. 823, 15 septembre 1894*).

**II. — Untersuchungen über intraperitoneale Cholerainfektion und Choleraimmunität, par BONHOFF** (*Ibid., n° 21, p. 961, 1er novembre 1894*).

**III. — Ueber eine neue Choleraähnliché Vibrionenart, par M. IVANOFF** (*Zeitschr. f. Hyg., XV, et Hyg. Rundsch., IV, n° 18, p. 834*).

**IV. — Untersuchungen über die Immunisirung der Meerschweinchen gegen den Vibrio Ivanoff, par ISSAEFF et IVANOFF** (*Zeitschr. f. Hyg. und Infek., XVII et Hyg. Rundsch., IV, n° 21, p. 989*).

I. — Wesbrook relate de nouvelles expériences prouvant que l'immunité conférée aux cobayes contre le choléra en leur injectant les bacilles prodigieux ou colique, n'a qu'un caractère temporaire, ce qui la distingue essentiellement de l'immunité contre le choléra obtenue par injections de cultures cholériques, de l'immunité contre le bacille prodigieux obtenu par injections de bacilles prodigieux, etc., autrement dit de l'immunité obtenue par un traitement préalable avec le microbe lui-même contre lequel on cherche à garantir l'animal.

II. — Bonhoff conclut de ses expériences à la non spécificité de l'infection et de l'immunité cholériques intra-péritonéales, en ajoutant que cela ne diminue en rien l'importance étiologique de bacille en virgule de Koch dans la genèse du choléra asiatique.

III. — Chez une malade atteinte de fièvre typhoïde à laquelle on avait administré un lavement avec de l'eau de la distribution ordinaire, Ivanoff a trouvé dans les selles de nombreux vibrions incarnés, petits, souvent groupés en S ; cultivés en piqûres sur gélatine ou sur des pommes de terre, ils rappellent tout à fait les vibrions cholériques, tandis que sur plaques de gélatine on note quelques légères différences entre les 2 espèces. Ce vibrion présente à l'une de ses extrémités un cil assez long et spiral. Il fournit la réaction du nitrosindol et produit une pellicule à la surface du bouillon. Il a beaucoup de tendance à former des spires, dont les éléments pris isolément sont un peu plus gros que ceux du vibrion cholérique. Il est très pathogène pour les cobayes en injections intra-péritonéales. Il en faut de très hautes doses pour infecter, par la même voie, les lapins. Quant aux souris, rats et pigeons, ils se montrent réfractaires à son action.

IV. — Le vibrion d'Ivanoff, découvert dans un cas de fièvre typhoïde, se distingue sous le microscope, du bacille en virgule de Koch par sa tendance à former des filaments spiraux, assez longs et fins ; il n'est pas phosphorescent dans ses cultures ; à la dose de 1/8 d'anse de platine d'une culture de 20 heures sur agar, il tue sûrement les cobayes sans injection intrapéritonéale, tandis que ces animaux résistent lorsqu'on le leur a fait ingérer. On peut facilement et par divers procédés, conférer aux animaux l'immunité contre le vibrion d'Ivanoff. L'immunité atteint son maximum après la 8e ou la 10e injection ; les animaux qu'on a dotés d'immunité contre ce vibrion sont aussi réfractaires au choléra. Leur sang a des propriétés bactéricides extrêmement marquées, ce qui constitue une différence avec les animaux immunisés contre le choléra.

Les cobayes immunisés contre le vibrion ne résistent pas mieux que les autres à sa toxine. La dose la plus minime de sérum capable de conférer l'immunité est de $0^{mc},05$ dans le péritoine et de $0^{mc},01$ sous la peau. Le sérum qui confère l'immunité contre le vibrion d'Ivanoff, protège également les animaux contre l'infection cholérique. J. B.

**Réaction colorée que donne l'acide nitrique contenu dans les cultures du bacille cholérique et de quelques autres bactéries, par M. LUNKEWICZ** (*Centralbl. für Bakt., XVI, p. 945, 8 décembre 1894*).

La réaction du « rouge du choléra » s'obtient avec des microbes très voisins du bacille cholérique, tels que le vibrion de Müller et celui de Prior-Finkler. L'auteur propose, pour établir le diagnostic différentiel de ces bactéries, d'employer le réactif de Griess-Ilosvay, qui décèle des traces d'acide nitrique contenues dans les cultures. On prépare deux solutions :

| | | |
|---|---|---|
| 1° . . . | Naphtylamine. . . . . | 0,1 |
| | Eau distillée . . . . . | 20,0 |
| | Acide acétique en solution. . . . . | 150,0 |
| 2° . . . | Acide sulfanilique. . . . . | 0,5 |
| | Acide acétique en solution. . . . . | 150,0 |

On fait bouillir la naphtylamine dans l'eau, on laisse reposer, on filtre et on ajoute l'acide acétique. La seconde solution est conservée à part et on mélange les deux liquides au moment de s'en servir. Pour rechercher la réaction dans les cultures, on ajoute à du bouillon 1 pour 5 de son volume de ce réactif de Griess-Ilosvay; si le milieu contient de l'acide nitrique, en quelques secondes il devient rouge. On obtient déjà cette réaction dans des cultures de choléra vieilles seulement de 8 à 12 heures. Elle se montre aussi, mais plus tardivement et avec une coloration moins intense, dans les cultures de vibrion de Metchnikoff; tandis que les bacilles de Prior-Finkler, de Müller, de Denecke ne donnent pas la réaction. Il en est de même de la plupart des microbes pathogènes; seules les cultures du bacterium coli commune et du bacillus typhi murium de Löffler se colorent en rouge après addition du réactif de Griess-Ilosvay.

H. BOURGES.

**Recherches sur la production du bacille du charbon asporogène, par H. SURMONT et E. ARNOULD** (*Annales de l'Inst. Pasteur, p. 817, décembre 1894*).

Certaines races de bacillus anthracis sont très difficiles à transformer en bactéridies asporogènes. La méthode de choix dans ce cas est le procédé de Roux à l'acide phénique. Si par son emploi on n'obtient pas de résultats immédiats, il est facile de réussir en soumettant, au préalable, le charbon à des cultures en séries à la température de 42° avec réensemensement de cinq en cinq jours.

P. T.

**Ueber einen neuen pathogenen, anaëroben Bacillus, par KERRY** (*Oesterr. Zeitschr. f. wissenschaftl. Thierheilk., V, et Hyg. Rundsch., IV, n° 17, p. 782*).

Avec le sang desséché d'une vache ayant succombé aux symptômes du charbon symptomatique, Kerry a infecté un cobaye qui a péri au milieu des mêmes phénomènes. De la sérosité sanguinolente qui imbibait le tissu sous-cutané et les muscles du point inoculé, il a cultivé des bacilles offrant des différences essentielles d'avec ceux du charbon symptomatique ; en effet, ils ne présentaient ni les spores ni les formes en massue caractéristiques et on n'apercevait pas non plus de spores libres. Les organes internes et l'épanchement péritonéal étaient stériles. L'ino-

culation d'un deuxième cobaye avec une culture de la sérosité sanguinolente du premier eut le même résultat. Cette même culture, après séjour à l'étuve, renfermait les mêmes bacilles, mais munis de cils spiraux, épais, très longs. Ce bacille ne se développe pas à la température de chambre et exige celle de 26° centigrades, à laquelle il donne lieu à un faible dégagement de gaz. Toutefois la température qui lui est la plus favorable est celle de l'étuve ; jamais Kerry n'a vu de spores. Sur l'agar sucrée, les cils ne tardent pas à se raccourcir, à devenir plus grêles et moins faciles à teindre ; en même temps la virulence des bacilles diminue si on n'y ajoute pas de l'acide lactique et du glucose. Contrairement au bacille du charbon symptomatique, celui de Kerry est pathogène pour les lapins et les souris. Kerry ajoute qu'il ne s'agit pas non plus du bacille de l'œdème ou du bacille de pseudoœdème décrit par Sanfelice.

La connaissance de ce nouveau bacille pourrait peut-être expliquer les fréquents insuccès des vaccinations contre le charbon symptomatique.

J. B.

**Ueber einige vom septischen Speichelbacillus (Diplococcus pneumoniae) unterbesonderen Lebensbedingungen angenommenen Eigenthümlichkeiten, par N. PANE** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 29*, *p. 447*, *7 mai 1894*).

Pane a montré que les lapins rendus réfractaires au virus charbonneux le plus énergique, peuvent cependant présenter des troubles plus ou moins considérables, non suivis de mort, lorsqu'on leur injecte une dose minime de ce virus. Les lapins qui ont supporté la première injection tolèrent à la deuxième inoculation une dose assez forte de virus, et, en continuant de même, au bout d'un certain nombre d'injections de doses progressivement croissantes, ces animaux acquièrent une immunité du degré le plus élevé.

Un fait intéressant, c'est que les mêmes lapins devenus insensibles à l'infection charbonneuse sont également réfractaires au virus pneumonique, et *vice versa;* de plus, ils supportent très bien l'inoculation simultanée de l'un et de l'autre virus.

Cette inoculation simultanée sous la peau détermine la formation d'un abcès considérable qui peut rester intact quelques mois. Pane l'ouvre avec précaution et ensemence le pus qui en provient dans une gélatine nourricière contenant 1/2 0/0 de glucose.

Il obtient ainsi des cultures pures d'un bacille rappelant le diplocoque pneumonique, mais s'en distinguant par les caractères suivants : 1° sa tendance à former des rangées de strepto-bacilles; 2° cultivé dans le bouillon, il ressemble beaucoup au streptocoque pyogène dont il se différencie par sa forme et par son inaptitude à se développer à une température inférieure à 24 degrés ; 3° lorsqu'on l'inocule sous la peau de lapins en même temps que du virus charbonneux, soit au même endroit, soit en des endroits différents, il se forme un gros abcès, et le lapin est devenu réfractaire à l'infection charbonneuse.

Mais quand l'inoculation a eu lieu en des endroits différents du tissu sous-cutané, pour empêcher que le lapin ne succombe à l'infection charbonneuse, il faut que l'inoculation charbonneuse soit pratiquée au moins 5 minutes après l'autre.

Cette dernière particularité est constante et se retrouve jusqu'à la troisième génération.

Les autres microbes pyogènes (streptocoques divers, bacille pyocyanique, bacille banal du côlon) ne présentent rien de semblable. Seul le streptocoque érysipélateux fait quelquefois exception, mais quand le lapin ne meurt pas de l'infection, il est au moins longtemps et sérieusement malade. J. B.

**I. — Zur Frage über die Bedeutung der Lungen als Eingangspforte von Infections-Krankheiten, par A. GRAMATSCHIKOFF** (*Arbeiten auf dem Gebiete der pathol. Anat. u. Bacteriol. herausgegeben von Baumgarten, I, et Hyg. Rundsch., IV, n° 3, p. 124, 1er février 1894*).

**II. — Nothwendige Erzänzung zu meinen Artikel....., par JOHNE** (*Deut. Zeitschr. für Thiermed. und vergleich. Pathol., XX, et Hyg. Rundsch., IV, n° 9, 1er mai 1894*).

I. — Dans ses expériences d'infection charbonneuse par la voie pulmonaire, afin de se mettre à l'abri d'une infection de l'organisme par la cavité naso-bucco-pharyngienne, Gramatschikoff, au lieu de faire des pulvérisations, a ponctionné la trachée de lapins et de cobayes, pour pouvoir leur inoculer des cultures charbonneuses munies ou non de spores. Toutes les fois qu'il n'y a pas eu infection de la plaie, ces animaux ont parfaitement supporté les injections trachéales. Les ayant sacrifiés au bout d'un temps variable, Gr. a constaté que les lésions macroscopiques des poumons étaient insignifiantes : un faible degré d'hyperémie et d'œdème et de petits extrasudats sanguins dans les premiers jours; plus tard, des pneumonies se signalent par l'absence de bacilles charbonneux et la présence d'autres microorganismes.

Les bacilles du charbon succombent rapidement dans le parenchyme pulmonaire : déjà au bout de 4 à 10 heures, on les trouve dégénérés, surtout dans le tissu interalvéolaire.

D'habitude, au bout de 12 heures, et quelquefois même beaucoup plus tôt, les tentatives de cultures entreprises avec ces bacilles restent infructueuses. Le temps nécessaire à la disparition des bacilles varie avec la dose de la culture injectée. Quelques animaux, après avoir résisté à trois ou quatre injections trachéales, ont rapidement succombé à une infection charbonneuse sous-cutanée.

Les poumons possèdent donc le pouvoir de s'opposer à une infection par les bacilles du charbon. Ils commencent par en atténuer la virulence, ainsi que le démontrent des expériences sur les souris; puis ils les détruisent. De ces expériences ressort le fait remarquable qu'un organe isolé dans le corps d'un animal extrêmement susceptible à contracter le charbon peut, de la façon la plus complète, détruire les germes virulents qu'on a introduits à son intérieur. Comment l'expliquer? Plutôt par un agent chimique, par un processus digestif, que par l'alexine circulant dans le sang pulmonaire.

La raison des résultats contraires obtenus par Buchner semble tenir à ce que, dans ses expériences, la voie d'entrée de l'infection a été non les poumons, mais les voies supérieures de la respiration.

II. — Johne croyait (*R. S. M.*, XLIV, 64) que les capsules gélatineuses

des bacilles charbonneux n'avaient pas encore été signalées avant lui. Depuis lors, il a constaté que A. Serafini les a décrites, en ajoutant qu'elles manquaient sur les milieux artificiels.

Serafini s'était servi pour les colorer du procédé de Friedländer pour son pneumocoque.

Johne estime qu'il ne donne pas d'aussi bons résultats que le mélange qu'il a proposé lui-même (solution aqueuse à 2 0/0 de violet de gentiane, puis lavage dans l'acide acétique étendu à 2 0/0). J. B.

**I. — Schutzimpfungsversuche gegen Schweinerothlauf, par LORENZ** (*Deutsche Zeitschrift für Thiermed., XX, et Hyg. Rundsch., IV, n° 11, p. 501, 1er juin 1894*).

**II. — Ueber die Bacterien der deutschen Schweineseuche....., par F. RACCUGLIA** (*Arbeiten aus dem pathol. anat. Instit. zu Tübingen, I, et Hyg. Rundsch., IV, n° 15, p. 701, 1er août 1894*).

I. — Le sérum sanguin des lapins auxquels on a conféré l'immunité contre le rouget porcin ou la septicémie des souris, quelques semaines après chaque réinoculation des cultures de l'un ou de l'autre de ces microorganismes, jouit de la propriété de protéger contre l'une ou l'autre de ces infections, d'autres lapins et d'autres souris grises. Cet effet protecteur du sérum sanguin à l'égard d'autres animaux disparaît graduellement sans que l'animal fournisseur du sérum ait perdu de son immunité. Le sérum sanguin de porcs traités de façon identique semble un peu moins actif. L'immunité produite chez les lapins et souris par injection du sérum protecteur s'éteint au bout de quelque temps ; mais on peut la rendre durable en injectant dans l'intervalle des cultures virulentes de rouget. En défibrinant le sang des lapins et porcs dotés d'immunité, Lorenz a obtenu une préparation peu volumineuse, apte à se conserver, qu'il a nommée phylaxine ; c'est une substance albuminoïde précipitée par le sulfate d'ammoniaque.

Les propriétés curatives de cette préparation sont moins nettes que son action prophylactique. Sur 28 porcs atteints du rouget et traités par la phylaxine, 14 ont guéri, 5 ont dû être abattus, 9 ont succombé.

294 porcs ont été inoculés à titre préventif ; 12 ont été pris de rouget pendant l'inoculation et 2 seulement sont morts par fautes de technique.

II. — D'une série de faits expérimentaux, Raccuglia conclut à la non-identité des deux microorganismes de la peste porcine de Lœffler-Schütz et de la peste porcine de Billings. J. B.

**Sur le reflux du contenu vésical dans les uretères, par D. COURTADE et J.-F. GUYON** (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., août 1894*).

D'une série d'expériences sur le lapin et sur le chien, il résulte que, lorsque l'on injecte dans la vessie une certaine quantité de liquide, l'uretère se laisse envahir, si la vessie entre en tension au début de l'expérience ; si, au contraire, les contractions vésicales sont peu intenses, la pénétration n'a pas lieu. Le phénomène est donc en rapport inverse avec la musculature et les contractions vésicales. Il se produit facilement chez le lapin dont la vessie est peu musclée et difficilement chez le chien dont la vessie est très musclée. R. JAMIN.

# PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

**Sull' azione della neurina sui cani tiroidectomizzati, par V. MILLA** (*Rivista sper. di freniat. e med leg., XX, p. 225*).

Milla a fait des injections de 4 à 5 centimètres cubes de chlorhydrate de neurine à 1 0/0 à des chiens sains et à des chiens thyroïdectomisés au préalable. Chez les premiers les effets ont été à peu près insensibles ; chez les seconds il a vu ces injections exagérer d'une façon considérable les troubles dûs à la thyroïdectomie. PIERRE MARIE.

**Sur l'action du bromure de scopolamine, par R. ERNST** (*Thèse de Youriew, 1894*).

L'hyoscine est une préparation impure de scopolamine et cependant l'action de cette dernière diffère de celle de l'hyoscine.

Chez la grenouille, on peut obtenir avec des fortes doses (0,001 du poids de la grenouille) du ralentissement du cœur par paralysie de l'appareil excitateur, de l'accélération du cœur par paralysie du pneumogastrique, de la diminution des réflexes ; la scopolamine n'agit pas sur les muscles striés ; la mort ne survient même pas avec des doses de 1/500 du poids de la grenouille. Chez les mammifères, on obtient du ralentissement du cœur, de l'augmentation de la pression sanguine, des troubles parétiques des muscles, la somnolence, la suppression de la sécrétion salivaire, la dilatation pupillaire. Chez l'homme sain et jeune, l'injection sous-cutanée de 0,1 à 2 milligrammes de scopolamine provoque du ralentissement du pouls, parfois avec une accélération consécutive suivie de ralentissement définitif ; de l'augmentation de la pression sanguine ; de la diminution de la sécrétion salivaire ; parfois des nausées, du vertige ; de l'exagération des réflexes allant aux contractions cloniques ; de la somnolence, de la paresse intellectuelle, des illusions visuelles et auditives ; de la photophobie, des troubles de l'accommodation, de la mydriase. Chez les vieillards, on observe souvent des contractures, de l'agitation avec délire et insomnie. La scopolamine est donc contre-indiquée chez les vieillards ; elle est aussi contre indiquée dans les maladies des reins.

Son action thérapeutique est celle de l'atropine : mydriatique, paralysant l'accommodation, faisant contracter les vaisseaux de l'iris et de la conjonctive ; à ce point de vue, son action est 4 à 5 fois plus intense que celle de l'atropine. Aussi c'est en ophtalmologie qu'elle mérite surtout d'être employée (6 gouttes d'une solution à 1/4 0/0 par jour). Mais elle prévient également les sueurs nocturnes et agit comme hypnotique.

H. FRENKEL.

**L'emploi en oculistique d'un nouveau mydriatique : la scopolamine, par RAEHLMANN** (*Annales d'oculist., CXI, juin 1894*).

La scopolamine est supérieure à tous les mydriatiques employés ou essayés jusqu'ici par des qualités importantes en thérapeutique oculaire. Une solution de chlorhydrate ou mieux de bromhydrate de scopolamine à 1/1000 est cinq fois plus forte que celle de l'atropine et satisfait à tous les besoins. Dans les iritis, elle ne rompt pas seulement des synéchies qui résistent à l'atropine, elle abrège considérablement la durée de l'inflammation, les symptômes d'intoxication générale sont beaucoup plus rares. A l'opposé de ce que l'on observe avec l'atropine, la scopolamine diminue le nombre des pulsations du cœur ; elle diminue aussi l'excitabilité de l'écorce cérébrale. L'organisme s'habitue à l'instillation de fortes doses de scopolamine ; tandis que les symptômes généraux disparaissent, malgré l'application prolongée de doses fortes, l'action locale sur l'œil se maintient. ROHMER.

**Ueber Papain und seinen Werth als Digestivum (Sur la papaïne et sa valeur comme digestif), par A. HIRSCH** (*Therap. Monatsh., n° 12, p. 609, décembre 1894*).

*In vitro*, la papaïne digère très énergiquement, en milieu neutre ou faiblement alcalin, la fibrine, la viande crue finement hachée et l'albumine d'œuf en solution ; elle dissout, mais bien plus lentement, l'albumine d'œuf coagulée coupée en petits morceaux. La présence d'HCl libre accélère la digestion des albumines étudiées (sauf l'albumine d'œuf).

Chez les malades, la papaïne donnée à la dose de 0,50 n'agit pas sur l'albumine coagulée ni sur le jambon cuit ; elle agit peu sur le pain et assez énergiquement sur la viande crue. La papaïne ne saurait suppléer la pepsine, mais elle peut peptoniser les aliments albuminoïdes faciles à digérer (albumine d'œuf, lait, viande crue).

Lorsqu'il y a absence d'HCl, l'emploi de la papaïne est tout indiqué dans les cas aigus aussi bien que chroniques et chez l'enfant, à la condition de prescrire un régime approprié. P. TISSIER.

**Sur la transformation du rouge de kola en caféine, par U. MOSSO** (*Archives ital. de physiol., XXII, p. 33, et Atti delle R. Accad. di Torino, 15 avril 1894*).

Knebel (1892) a trouvé un ferment qui transformerait le rouge de kola en caféine. L'auteur a essayé cette action. Il combat l'opinion de E. Heckel qui fait du rouge de kola la partie active de la graine. Il conclut au contraire que le rouge de kola est inactif ; qu'il ne se transforme pas en caféine, et que les résultats annoncés par Heckel sont inexacts.

DASTRE.

**Différence du mode de réagir de quelques vertébrés soumis à l'action de la cocaïne, par V. ADUCCO** (*Archives ital. de biologie, XXII, p. 87, et Congrès de Rome, avril 1894*).

La dose toxique varie de 0,20 par kilogramme à 0,01 suivant l'animal (chat, rat, taupe, cobaye, lapin, pigeon, poulet, etc.). Chez quelques animaux il y a d'énormes augmentations thermiques, chez d'autres

abaissement, chez d'autres enfin, abaissement puis augmentation, avec phénomène de frisson. DASTRE.

**Nouvelle note sur l'action physiologique de l'ouabaïne, par E. GLEY** (*Soc. de biol., 15 janvier 1895*).

L'ouabaïne arrête en systole le cœur de la grenouille. L'auteur se défend, contre Fraser, d'avoir attribué cette action à l'influence du bulbe ou de la moelle. Il a seulement dit qu'elle agissait aussi sur les centres nerveux. Les accidents cardiaques se produisent indépendamment de la moelle et le poison ne modifie pas l'excitabilité des nerfs modérateurs du cœur. DASTRE.

**Influence de l'atropine sur la durée de l'asphyxie chez le canard, par Ch. RICHET** (*Soc. de biol., 15 décembre 1894*).

Le ralentissement du cœur expliquerait la résistance de ces animaux à l'asphyxie. Chez le chien atropinisé l'asphyxie, au lieu d'exiger 8 minutes, est mortelle au bout de 3 minutes. Chez le canard, même résultat. L'atropine rend l'asphyxie plus rapide, parce qu'elle empêche le cœur de se ralentir. L'asphyxie est hâtée par le non-ralentissement du cœur.

DASTRE.

**Chemisch-pharmakologische Untersuchung über die Manaca-Wurzel (Recherche sur la racine de Manaca), par J. BRANDL** (*Zeitschr. f. Biologie, XXXI, p. 251, 1894*).

La racine de Manaca provient d'une plante du Brésil (Brunfelsia Hopeana Benth. Syn. Franciscea uniflora Pohl), appartenant au groupe des Salpiglossidées, que l'on rattache actuellement aux Solanées. L'auteur en a extrait deux substances, la manacine, $C_{22}\ H_{33}\ Az_2\ O_{10}$, et la manacéine $C_{15}\ H_{25}\ Az_2\ O_9$ dont il a étudié les propriétés physiologiques et un produit fluorescent qui paraît identique à l'esculétine de Zenger.

Chez la grenouille, la manacine exerce une action excitante élective sur les terminaisons des nerfs moteurs. Chez les mammifères, on observe une augmentation considérable de la plupart des sécrétions : flux de larmes, de salive, de suc intestinal, diarrhée, urine abondante, des secousses musculaires dégénérant en convulsions et amenant la mort par arrêt de la respiration. La manacéine présente une action analogue, mais moins intense. LÉON FREDERICQ.

**Einige experimentelle klinische..... (Sur l'action physiologique et la valeur thérapeutique du chlorhydrate d'orexine), par Ferd. BATTISTINI** (*Therap. Monatsh., n° 12, p. 614, décembre 1894*).

Le chlorhydrate d'orexine employé dans 25 cas a 19 fois donné des résultats favorables ; il ne faut pas dépasser la dose de 0,35 ; la dose moyenne est de 0,16 à 0,20 deux heures avant le repas, si l'on dépasse 0,35 on a des symptômes toxiques (frissons, malaises, vertiges ; douleurs lombaires et abdominales) ; le vertige est le plus tenace. 19 malades eurent une amélioration de l'appétit très notable ; 5 eurent des vertiges. L'examen objectif montra que la digestion n'était ni accélérée ni ralentie.

P. TISSIER.

**Des effets hypnotiques de l'arabinochloralose, par HANRIOT et Ch. RICHET** (*Soc. de biol., 15 décembre 1894*).

La dose active et la dose toxique sont beaucoup plus fortes pour cette substance que pour la chloralose. Il n'y a pas de période d'hyperexcitabilité, comme avec cette dernière substance. Le sommeil survient d'emblée ; il n'y a pas d'excitabilité réflexe. La pression artérielle n'est pas abaissée. DASTRE.

**Studies in phloridzin glycosuria, par P.-A. LEVENE** (*The Journ. of physiology, XVII, p. 259*).

Il y a deux hypothèses relativement à l'origine du diabète phloridzique : quelques auteurs pensent qu'il est le résultat d'une simple élimination du sucre par les reins ; d'autres pensent qu'il est dû à une surproduction de glucose. La première vue repose sur la légère diminution du sucre dans le sang après l'injection de phloridzine, et sur le fait qu'après l'ablation des reins la quantité de sucre du sang est quelquefois un peu augmentée. Mais on n'a pas réussi à établir une relation entre la quantité de sucre du sang et celle qui est éliminée. Bien plus, L. a obtenu quelquefois une diminution du sucre du sang après injection de phloridzine, les vaisseaux du rein étant liés. Enfin (Cornevin), la phloridzine accroît considérablement la quantité de sucre éliminée par le lait. C'est donc un poison qui n'affecte pas seulement le rein. L'extirpation des reins ne peut donc être regardée comme une opération décisive à cet égard. Quant à la seconde hypothèse de l'accroissement de production de sucre, et spécialement par les reins, l'auteur cite à l'appui des analyses dans lesquelles le sang veineux du rein contenait plus de sucre que le sucre artériel, et le fait que le tissu du rein lui-même est plus riche en sucre après une injection de phloridzine. En somme la composition du sang dans le diabète phloridzique témoigne plutôt de la décomposition de protéides que d'une simple élimination. DASTRE.

**On the physiological action of pyridine, par Lauder BRUNTON et TUNNICLIFFE** (*The Journal of physiol., XVII, p. 272, 1894*).

La pyridine n'est pas un poison actif, si on la compare à ses dérivés (pipéridine, conine, etc.) ; on pouvait s'y attendre, ce corps étant très stable. Son action se confine dans la partie sensitive du système nerveux. Elle exerce, à petites doses, une action stimulante ; à doses massives, une action directement paralysante sur le muscle cardiaque.

DASTRE.

**Contribution à l'étude de la thermodine, par BONNEVILLE** (*Thèse de Nancy, 1894*).

L'auteur rappelle que la thermodine est un dérivé de la phénacétine dans laquelle 1 H du radical amide est remplacé par le radical $C^3H^5O^2$. Sur l'homme sain à dose de 3 grammes elle n'a pas d'action ; sur les fébricitants il faut une dose variant de 40 centigrammes à 1 gramme pour un abaissement de température de 5 à 15 dixièmes ; l'abaissement atteint son maximum au bout de 4 heures et l'effet dure de 4 à 9 heures. Ce

résultat antithermique semble dû à une action sur le système nerveux. La thermodine a donc une action beaucoup moins énergique que la phénacétine; mais elle produit rarement des sueurs, très rarement des frissons; chez les tuberculeux elle peut donner de bons résultats.

H. L.

**Contributo allo studio delle proprietà emotossiche della acetilfenilidrazina, par L. VALDAMERI** (*Il Morgagni, p. 585, octobre 1894*).

L'acétylphénilhydrazine produit chez l'homme bien portant la diminution de l'alcalinité du sérum du sang, la diminution de la densité, l'augmentation de la coagulabilité, des altérations graves des éléments figurés, l'augmentation de l'acidité de l'urine, de l'urée, de l'acide urique, de l'urobiline, du pouvoir urotoxique, la peptonurie.

Cette substance agit assez rapidement et les modifications qu'elle détermine durent beaucoup plus longtemps.

Ces altérations sont identiques, à la rapidité près de leur développement, à celles que produisent toutes les autres substances hémotoxiques, et à celles qui se produisent dans le sang extrait de l'organisme vivant et abandonné à lui-même. Elles sont dues non à la réaction acide de cette substance, mais probablement à sa constitution et à sa structure moléculaire, puisque, même en solution neutre ou alcaline, elle ne perd pas son action altérante sur le protoplasma des globules sanguins.

GEORGES THIBIERGE.

**Effets physiologiques de l'ozone, par THOMSON** (*Therapeutic Gazette, 15 mai 1894*).

1° Introduit dans le sang à l'état concentré, l'ozone produit des effets destructifs sur le sang; il a des effets réducteurs sur les tissus et leur prend leur oxygène, au lieu de leur en donner, comme on le croyait assez généralement;

2° Introduit dans l'estomac ou dans les intestins, l'ozone agit comme caustique sur la muqueuse et la désorganise;

3° En administrant les préparations ozonisées à l'intérieur, il faut donc surveiller avec soin le degré de concentration de ces préparations.

R. FAURE-MILLER.

**Recherches sur le pouvoir antiseptique de l'aldéhyde formique (formol), par POITEVIN** (*Ann. de l'Instit. Pasteur, p. 796, novembre 1894*).

L'aldéhyde formique empêche le développement des cultures de levure, non pas seulement par action de présence, mais en s'unissant à la substance des cellules microbiennes; aussi l'effet antiseptique dépend-il des proportions d'antiseptiques et de germes mis en présence. Plus actif que le sublimé acide pour stériliser un milieu de culture, le formol a une moindre rapidité d'action. L'élévation de la température augmente considérablement son pouvoir bactéricide. Le formol agit aussi sur les diastases (présure, sucrase), dont il diminue puis supprime l'activité spécifique. Relativement peu toxique, le formol est très irritant. P. TISSIER.

**Action de certaines substances antiseptiques sur la levure, par Harold H. MANN** (*Ann. de l'Institut Pasteur, p. 786, novembre 1894*).

Avec certains sels métalliques doués de propriétés antiseptiques, la quantité d'antiseptique nécessaire pour tuer la levure augmente avec la quantité de levure. Avec le phénol on n'a pu constater avec certitude aucun effet pareil ; avec les sels de cuivre, de plomb, de fer et de mercure, l'effet antiseptique est dû à la fixation du métal par la levure. La quantité fixée varie d'un métal à l'autre et pour chaque métal, avec le temps de l'action, la dilution de la solution et les conditions de la levure ; cette fixation est due, au moins en partie, à la formation d'un phosphate insoluble. En même temps, le phosphate est fixé d'une façon intime sur la paroi cellulaire. Il peut aussi, en outre, amener la précipitation de certains matériaux organiques de la cellule. P. T.

**I. — Valeur antiseptique de la formaline, par VANDERLINDEN et DEBUCK** (*Ann. Soc. méd. de Gand et Mouvem. hygiénique, X, n° 9, p. 409, septembre 1894*).

**II. — Même sujet, par ASCATI** (*Giorn. delle Soc. ital. d'Ig., et ibid.*)

**III. — Ueber die antiseptischen Eigenschaften des Formaldehyds und die innerliche Anwendung desselben, par Hans ARONSON** (*Berlin. klin. Woch., n° 39, p. 900, 24 septembre 1894*).

**IV. — Ueber die Einivirkung der Daempfe des Formaldehyds auf die Keimfähigkeit von Pflanzensamen, par A. GOTTSTEIN** (*Hyg. Rundsch., IV, n° 17, p. 776, 1er septembre 1894*).

**V. — Ueber den Gebrauch des Formalin, des Formanilid und des Migränin bei Anomalien der weiblichen Sexualorgane, par F. von WINCKEL** (*Festschrift zur Feier des 50 jährigen jubilaeums der Gesells. f. Geburtsh. und Gynaek. in Berlin..... Vienne, 1894, et Berlin. klin. Woch., n° 33, p. 769, 13 août 1894*).

I. — La formaline à 5 0/0 n'a jamais pu détruire, même après une action relativement prolongée, les bacilles colique et typhoïdique, le streptocoque et le staphylocoque pyogène. En solution à 10 0/0, son action n'est certaine que sur le bacille typhoïdique. Bien que la chaleur exalte la puissance microbicide de la formaline, même dans ces conditions favorables, son action n'est pas assez sûre pour qu'on puisse lui accorder, dans tous les cas où il s'agit de pratiquer une désinfection rapide, une confiance illimitée.

II. — On ne doit pas conseiller l'emploi des solutions de formaline de préférence aux autres désinfectants liquides en usage dans la pratique chirurgicale et obstétricale ; en effet, si elles possèdent une action stérilisante très énergique et offrent en outre l'avantage de n'être pas toxiques, elles présentent d'autre part plusieurs inconvénients graves et en premier lieu une action momifiante sur la peau. Par contre, il y a lieu d'utiliser la formaline pour la désinfection des substances putrides, des immondices, en mettant à profit non seulement sa valeur antiseptique et désinfectante, mais encore ses propriétés éminemment désodorantes.

Les vapeurs de formaldéhyde, qui se développent, à la température normale, de la formaline et des tablettes de formalithe, sont parfaitement propres à désinfecter de petits récipients, des boîtes, malles, et en outre

les vêtements, les objets en cuir, les brosses, livres et autres objets qui subissent de graves dommages du fait de la désinfection par les agents physiques et chimiques connus, tandis que le formaldéhyde ne les altère en aucune façon.

Pour la désinfection des locaux, les vapeurs dont il s'agit ne peuvent être employées utilement par la raison que pour obtenir des résultats satisfaisants, il est nécessaire de produire une grande quantité de formaldéhyde, ce qui donne lieu à une odeur âcre et fort désagréable et à une irritation très incommode des muqueuses.

III. — Le formaldéhyde, dont la constitution chimique n'est pas encore exactement connue, a reçu différents noms ; Aronson le désigne sous celui de paraforme. Afin de voir si on pouvait l'employer comme antiseptique interne, il a procédé à des expériences comparatives avec le salol, le benzonaphtol, l'iodoforme, l'aristol, la naphtaline, le naphtol β, etc. De ces diverses substances employées à la dose de 5 centigrammes, seuls le naphtol β et le paraforme ont empêché le développement des bacilles typhoïdiques ; l'efficacité de ces deux corps est d'abord la même, mais à la longue la supériorité du paraforme s'accuse de plus en plus. Elle tient au dégagement de vapeurs qui agissent même à distance sur le bacille d'Eberth. Le paraforme est inoffensif pour les souris et les chiens auxquels on le fait ingérer à hautes doses. Aronson en a pris 5 grammes par jour, sans observer une diminution sensible des acides sulfoconjugués éliminés par les urines.

Les effets physiologiques du paraforme ressemblent à ceux du calomel ; chez tous les animaux et chez l'homme (1 ou 2 doses de 2 grammes) excitent les mouvements péristaltiques et provoquent de la diarrhée. Quand le formaldéhyde est administré par l'estomac, on ne le retrouve pas dans l'urine comme c'est le cas à la suite d'injections sous-cutanées.

D'après Aronson, le paraforme ne détruit pas seulement les microbes mais aussi les poisons qu'ils sécrètent : des cobayes supportent de grandes quantités d'un bouillon diphtéritique, stérilisé par filtration et très virulent, lorsqu'on l'a additionné de 1/500 de formaldèhyde.

Aronson a prescrit avec avantage dans 20 cas de choléra infantile au début, des doses de 5 à 10 centigrammes de paraforme de 2 en 2 heures. Il y aurait lieu de l'expérimenter chez les adultes au début de la fièvre typhoïde et du choléra.

Sur les plaies, il ne saurait être employé pur, car il les irrite. Il ressort d'expériences de Blaschko que, sous forme de pommade, il est inefficace contre les dermatoses, parce que la graisse empêche le dégagement des vapeurs qui sont actives.

IV. — Gottstein a reconnu que les semences de plantes exposées aux vapeurs d'une solution de formaldéhyde à 10 0/0, pendant quelques jours (pois, graminées) ont perdu toute faculté germinative sans avoir changé d'aspect. Il a séjourné à plusieurs reprises au delà d'une heure dans des locaux où on avait pulvérisé cette solution, sans en éprouver d'autres inconvénients qu'une irritation des muqueuses conjonctivale, nasale et pharyngée. Il y aurait peut-être lieu d'appliquer ces résultats expérimentaux à la conservation des céréales à bord des vaisseaux et dans les greniers humides.

V. — Von Winckel s'est servi dans 155 cas de vaginites et d'endo-

métrites simples ou blennorragiques d'injections contenant une cuillerée à bouche d'une solution de formaldéhyde à 10 0/0 pour un irrigateur d'eau. Dans les cas plus rebelles, il a ajouté à ces lavages des cautérisations du col ou de l'endomètre avec la même solution. Les résultats ont été très satisfaisants.

D'autre part, il a employé, généralement sans succès, la formanilide dans les cas de règles douloureuses ; en revanche sur 6 femmes, 2 ont offert des phénomènes d'intoxication, assez sérieux chez l'une. Elle s'est montrée tout aussi impuissante pour modérer les contractions douloureuses de l'utérus chez 30 parturientes et a provoqué chez 7 ou 8 de violents vomissements, de la cyanose ou de la céphalalgie.

Sur la migrainine, il n'a pas encore d'opinion définitive. Plusieurs femmes atteintes de migraine menstruelle se sont trouvées mieux calmées par la salipyrine ; plusieurs autres ont eu des vomissements tandis que chez certaines, le médicament a paru très efficace. (*R. S. M.*, XLIV, 107.)

J. B.

**Zur Charakteristik das Dermatols, par WIEMER** (*Therap. Monatsh.*, *n° 1*, *p. 15*, *janvier 1895*).

Le dermatol hâte, plus que tous les autres antiseptiques, la guérison des plaies, dont il rend très précoce l'occlusion ; il n'exerce aucune action irritante. Cela est surtout frappant dans les plaies récentes non infectées ; le dermatol n'est pas indiqué lorsque la plaie est déjà le siège de processus de désintégration ; il n'est pas dépourvu de toxicité et il peut parfois donner lieu aux manifestations de l'intoxication par le bismuth : catarrhe intestinal, albuminurie, stomatite caractéristique. P. TISSIER.

**De l'influence du cognac sur l'assimilation de l'azote et des graisses et sur l'échange des matières chez l'homme sain mis à la diète lactée, par W. CHENDRIKOWSKI et I. DOMBROWSKI** (*Vratch*, *n° 41. 1894*, *et Thèse de St-Pétersbourg 1895*).

Dans une première série d'expériences, 5 personnes (de 22 à 24 ans) recevaient pendant 5 jours une ration de pain et de lait, à laquelle on ajoutait pendant 5 jours suivants une dose journalière de 105 centimètres cubes de cognac. Dans une deuxième série d'expériences, 5 autres personnes ont été soumises au même régime, mais elles recevaient du cognac les premiers 5 jours et en étaient privées les 5 jours suivants. Sous l'influence du cognac :

1° Le poids du corps a augmenté de 370 grammes ;

2° La sécrétion d'urine a été diminuée de 657 centimètres cubes pour les 5 jours ;

3° Le taux d'assimilation d'azote a baissé de 0,2 0/0 ;

4° Le taux d'échanges azotés a baissé de 5,5 0/0 ;

5° Le rapport entre le soufre neutre et la soufre acide de l'urine a diminué de 2,9 0/0 ;

6° Le taux d'assimilation des graisses a augmenté de 1,261 0/0 ;

7° Le rapport entre l'eau éliminée et absorbée a augmenté de 4,2 0/0 ;

8° Les pertes cutanéo-pulmonaires ont augmenté de 1474 grammes.

H. FRENKEL.

**Note on the comparative antisepsic action of the phenyl-substituted fatty acids, par J. Parry LAWS** (*The Journ. of physiol., XVII, p. 360*).

L'auteur a étudié l'action comparative exercée sur le bacillus anthracis par le phénol, l'acide phénylacétique, l'acide phénylpropionique et l'acide phénylbutyrique. Leur pouvoir antiseptique croît avec le poids moléculaire de l'acide. Le développement est arrêté dans les bouillons contenant 1/700, 1/1900, 1/2500 ; les bacilles sont tués dans le bouillon à 1/200 de phénol, 1/450 d'acide phénylacétique, 1/600 d'acide phénylpropionique, 1/1000 d'acide phénylbutyrique. DASTRE.

**Sur l'action physiologique de quelques produits de substitution du gaïacol, par Pio MARFORI** (*Archives ital. de biologie, XXII, p. 20, et Arch. di farm. e terap., I, p. 18*).

Le vératrol ou méthyl gaïacol passe en partie inaltéré dans l'urine ; la plus grande partie se transforme en gaïacol ; il se produit une excitation générale bientôt suivie de paralysie et d'arrêt du cœur. L'éthyl gaïacol, mieux toléré, produit après courte excitation une narcose. L'allyl guaïacol, de même ; mais son action toxique est très faible. L'action convulsivante du gaïacol serait le fait de l'oxhydrile, le groupe méthylique fait l'action paralysante, le groupe éthylique l'action hypnotique. L'action des dérivés avec radicaux bivalents (méthylène, éthylène, propylène, etc.) consiste en une paralysie. Le benzoylgaïacol remplacerait le gaïacol avec l'avantage d'être inodore, insipide et non caustique.

DASTRE.

**Influence des graisses sur l'absorption de quelques métaux, par P.-S. SANTORI** (*Archives ital. de biologie, XXII, p. 157, et Bollettino delle R. Accad. di Roma, XVIII, fasc. 8*).

Les substances grasses empêchent-elles ou ralentissent-elles l'absorption des métaux? L'auteur emploie le carbonate de lithium et le chlorure de thallium reconnaissables aux raies spectroscopiques. Le lithium emploie le même temps à arriver dans l'urine, qu'il soit ingéré par l'estomac ou injecté sous la peau. Il y apparaît chez le chien au bout de 15-20 minutes, au lieu de 5 à 6 minutes chez l'homme (Gschdeiden). Ce métal, uni aux graisses, arrive dans l'urine avec un retard d'autant plus grand que les graisses sont plus denses. Le thallium se comporte de même, sauf qu'il apparaît dans l'urine au bout de 1 à 3 heures seulement. Les graisses retardent donc l'absorption des métaux. DASTRE.

**Action de l'acide chlorhydrique sur les microbes, par A. GILBERT** (*Soc. de biol., 10 novembre 1894*).

L'eau qui contient 0,193 0/0 d'acide chlorhydrique est mortelle pour le bacterium coli commune en un quart d'heure ; à 0,148 il faut une demi-heure ; à 0,095 une heure ; à 0,047 moins de 24 heures.

Dans le bouillon l'action microbicide de l'acide est infiniment moins marquée, à 0,240 0/0 le développement du bacille est seulement gêné ; à 0,209 0/0 il se développe abondamment. Le bacille d'Escherich peut donc franchir l'estomac sans être détruit. Il résulte des analyses de Hayem et

Winter faisant connaître l'acidité du contenu stomacal que le bacille introduit avec le repas d'épreuve, chez l'homme, ne rencontrerait pas une quantité d'acide suffisante pour être tué. Ces déductions sont applicables aux bacilles typhiques et cholériques. On ne peut donc point compter sur l'acide chlorhydrique stomacal pour la défense de l'intestin contre les microbes pathogènes ; à plus forte raison dans les cas de dyspepsie où l'acidité est diminuée. DASTRE.

**Note on oxalates and muscle rigor, par F.-S. LOCKE** (*The Journal of physiology, XVII, p. 293*).

Cavazzani (1893) a annoncé que les oxalates empêchaient la raideur cadavérique. Howell (1894) n'a pu vérifier ce fait. Locke rappelle ses propres expériences sur ce sujet. Un muscle rubané de la grenouille (Sartorius), après 4 heures de séjour dans une solution d'oxalate de potasse à 1 0/0, se raccourcit et se raidit lorsqu'on le porte à 40° dans une solution physiologique. Si l'action de l'oxalate est prolongée, le muscle subit un changement graduel et tombe en contraction tonique ; celle-ci augmente et au bout de 30 heures, le muscle est raide et opaque. Cette propriété appartient à d'autres sels de sodium à réaction non nécessairement alcaline. L'oxalate, en résumé, n'empêcherait ni la raideur musculaire, ni l'excitabilité électrique du muscle. DASTRE.

**Action du chlorure de calcium sur l'excitabilité nerveuse, avec quelques observations sur l'élimination de la chaux par les urines, par U. STEFANI** (*Arch. ital. de biol., XXII, p. 183.*)

La solution physiologique de NaCl conserve l'excitabilité nerveuse des nerfs musculaires (grenouille) plus longtemps si on l'additionne de Ca Cl à 1 0/00. A dose plus forte 1 0/0 le chlorure de calcium supprime l'excitabilité. Les modifications des échanges intimes de la substance cérébrale produisent des modifications dans l'élimination de la chaux. C'est ce qui arrive dans beaucoup de psychopathies où l'on constate tantôt des augmentations, tantôt des diminutions. De là l'idée d'employer les préparations de chaux. DASTRE.

**Sur l'action physiologique du cadmium, par C. PADERI** (*Arch. di farm. e terap., n° 1, p. 35, 1895*).

3 milligrammes de sulfate de cadmium suffisent pour déterminer la mort chez la grenouille. Rapidement l'animal devient paralysé, sans présenter de mouvements convulsifs ; l'excitabilité médullaire diminue progressivement pour disparaître complètement. Du myosis se produit quelques minutes après l'injection.

Les mêmes phénomènes s'observent chez les mammifères (chien, lapin, cobaye).

Avec de petites doses journalières (0,0005) on peut produire chez la grenouille une intoxication chronique qui se traduit par de l'amaigrissement et une paralysie progressive.

Le cadmium agit sur le cœur tant par l'action paralysante qu'il exerce sur les centres bulbaires régulateurs que sur le muscle cardiaque. Il possède une action antiseptique incontestable, bien qu'inférieure à celle du

mercure ; il retarde la putréfaction des substances organiques et, à doses suffisantes, tue les microorganismes déjà développés. G. LYON.

**Sur l'action bactéricide du fluorure d'argent, par C. LAZZARO** (*Arch. di farm. e terap.*, *1*, *p. 28*, *1895*).

Des fils chargés d'une culture de bactéridies charbonneuses deviennent stériles après immersion de quelques minutes dans une solution de fluorure d'argent à 1 0/0. Le fluorure de sodium a le même pouvoir bactéricide. Une goutte d'une solution au 100e (c'est-à-dire 1/20 de centigramme) diluée dans 10 centimètres cubes d'eau, possède encore le pouvoir de tuer les spores charbonneuses ; on peut donc conclure que le fluorure d'argent occupe un rang élevé parmi les désinfectants et qu'il est encore plus actif que le sublimé. G. LYON.

**I. — Influence des extraits thyroïdiens sur la nutrition, par A. CHARRIN** (*Soc. de biol.*, *29 décembre 1894*).

**II. — Sur l'action toxique de l'extrait thyroïdien, par E. GLEY** (*Ibid.*, *22 décembre 1894*).

I. — L'auteur a constaté un amaigrissement causé par les injections de suc thyroïdien chez le lapin ; de même chez l'homme dans certains cas, sans d'ailleurs qu'il y ait de signes de la maladie de Basedow.

II. — R. Ewald (1887) a montré que l'injection sous-cutanée de l'extrait (par expression ou trituration) de thyroïde d'un chien sain à un autre provoquait des phénomènes d'excitation, puis de sommeil.

Langendorff (1889) a vu la même chose pour l'injection sous-cutanée, et que l'injection intra-veineuse ou péritonéale déterminait une mort rapide avec coma et convulsions. Alonzo et Horsley n'ont eu que des résultats négatifs. G. a obtenu également les résultats d'Ewald et ceux d'Alonzo et Horsley. Plusieurs cliniciens ont signalé des troubles permanents chez l'homme à la suite d'ingestions répétées de thyroïde. Charrin et Roger ont constaté l'amaigrissement de lapins à la suite d'injections répétées (3,4) de suc thyroïdien de mouton. DASTRE.

**Sur les effets de l'ablation des glandes à venin chez la vipère, par PHISALIX et BERTRAND** (*C. R. Académie des Sciences*, *26 novembre 1894*).

Le sang de la vipère contient les principes toxiques du venin, et Phisalix et Bertrand, se fondant sur un ensemble de faits et de considérations physiologiques, avaient admis, dans un travail antérieur, que la présence de ces substances était due à la sécrétion interne des glandes venimeuses. Mais ce n'était qu'une hypothèse, et on aurait pu aussi supposer que les poisons étaient primitivement contenus dans le sang, puis éliminés par les glandes. Pour trancher entre ces deux explications, il fallait enlever ces glandes et examiner dans quel sens varie alors la toxicité du sang. Ce sont ces nouvelles expériences qui font l'objet de ce travail, et elles ont montré une diminution manifeste de la toxicité du sang après l'ablation des glandes à venin, en donnant ainsi une nouvelle preuve de la théorie générale de la sécrétion interne des glandes.

M. DUVAL.

**Cocaine poisoning. par MATTISON** (*Amer. med. surg. Bull., 15 décembre 1894*).

1° Un homme de 25 ans entre à l'hôpital pour une occlusion de l'urètre provoquée par l'introduction d'une aiguille. On injecte dans l'urètre 1 centimètre cube d'une solution de cocaïne à 4 0/0 : immédiatement le patient tombe dans une attaque convulsive et meurt. A l'autopsie, on trouve une congestion pulmonaire intense.

2° Une femme de Chicago, atteinte d'un nævus de la face, désire se faire traiter par l'électricité. Le nævus est, avant l'application de l'électrode, badigeonné avec une solution de cocaïne à 4 0/0. Au bout de quelques minutes la femme entre dans une phase d'excitation qui se termine rapidement par la mort ; pas d'autopsie.

3° Un homme de 26 ans entre au Jersey-City-Hospital pour y être opéré d'une fistule anale. Injection locale d'une seringue Pravaz d'une solution de cocaïne à 4 0/0 ; effet anesthésique nul ; on injecte alors une seconde seringue ; 4 minutes après l'homme trépassait dans une crise de convulsions ; pas d'autopsie. CART.

**Ein Fall von acute Sulfonalvergiftung (Intoxication aiguë par le sulfonal), par Karl HIRSCH** (*Therap. Monatsh., n° 1, p. 49, janvier 1895*).

Cas terminé par la guérison en moins de 15 jours, concernant une jeune femme ayant absorbé d'une seule fois 25 grammes de sulfonal. Le sommeil persista 2 jours et 2 nuits si profond qu'on ne pouvait l'en tirer ; pendant les 4 jours suivants persista une envie de dormir presque insurmontable ; les symptômes gastriques furent : langue fortement chargée, mauvais goût dans la bouche, anorexie, douleurs stomacales. Constipation très opiniâtre qui résista 5 jours à tous les moyens. Les signes de néphrite n'apparurent que le quatrième jour. Ils ne durèrent que 3 jours. Il n'y eut jamais d'hématoporphyrinurie ; la dépression du cœur très nette les premières heures, disparut peu à peu en quelques jours. Du côté du système nerveux on ne constata qu'une diminution de la sensibilité à la douleur au niveau des membres inférieurs, une légère diminution des réflexes dans le premier jour et un nystagmus qui n'apparut que le cinquième jour et disparut au bout de 2 jours. Il y eut aussi quelques troubles oculaires (nuage devant les yeux) gênant la lecture. PAUL TISSIER.

**Ueber die Ablagerung des Silbers in den Nieren (Du dépôt de l'argent dans les reins), par KAHLDEN** (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XV, p. 611*).

Chez une jeune femme, qui avait longtemps pris du nitrate d'argent pour un ulcère de l'estomac, Kahlden a trouvé les reins colorés, dans la région médullaire, d'une teinte gris foncé due au dépôt d'argent. Dans les endroits où était déposé l'argent, et là seulement, le tissu interstitiel était considérablement augmenté, jusqu'à 6 ou 8 fois. Dans le tissu proliféré, les canalicules droits sont souvent comprimés et leur épithélium est en desquamation. En même temps le tissu conjonctif proliféré avait subi une dégénérescence hyaline et des calcifications, qui semblaient appartenir en partie à l'épithélium, en partie au tissu conjonctif en dégénérescence hyaline. On peut considérer ces altérations comme la conséquence de l'argyrie. La substance corticale était entièrement intacte. C. LUZET.

**Pathogénie des inflammations mercurielles des muqueuses, par MAUREL, rapport de GARIEL** (*Bull. Acad. de méd., 6 novembre 1894*).

Maurel a examiné l'action du bichlorure sur le sang de lapin et a constaté que toute dissolution, supérieure à 1/80000, annihilait plus ou moins rapidement l'activité des leucocytes et que les dissolutions à 1/10000 rendaient les hématies diffluentes après 5 heures et demie.

Administré à l'intérieur chez le lapin, le bichlorure est mortel à la dose de 0,02 c. par kilogramme de poids et ne peut être supporté sans inconvénient qu'à la dose de 0,002 milligrammes par jour.

D'expériences faites sur les inflammations mercurielles des muqueuses, l'auteur conclut que ces inflammations sont de nature microbienne. Elles seraient dues aux microbes vivant sur l'intestin. Le bichlorure de mercure agirait surtout en diminuant l'énergie des leucocytes. OZENNE.

**Recherches sur l'élimination de l'azote urinaire au cours et dans la convalescence de la colique saturnine, par SURMONT et BRUNELLE** (*Archives gén. de méd., juillet et août 1894*).

Les urines diminuent généralement pendant la colique saturnine. A la fin de la crise, elles augmentent de quantité. L'analyse des urines pendant la colique dénote une diminution de l'azote total et de l'urée. Au moment de la guérison, ces éléments deviennent normaux, soit progressivement, soit d'une façon brusque.

L'acide urique est parfois diminué. Le plus souvent, il est normal ou en quantité exagérée.

Les autres formes sous lesquelles s'élimine l'azote incomplètement oxydé (acide hippurique, créatinine) ont une courbe irrgulière et sont rarement diminuées. Le plus souvent, il y a augmentation relative de ces produits d'oxydation incomplète. RICHARDIÈRE.

**Effets de l'empoisonnement lent par le phosphore sur l'échange matériel, par LO MONACO** (*Archives ital. de biol., XXII, p. 1*).

Les chiens intoxiqués à faibles doses continuent à manger. On constate que le phosphore augmente toujours l'élimination de l'azote, mais pas autant que l'ont dit les auteurs précédents ; cette augmentation est plus sensible chez les animaux à régime constant que chez ceux qui restent à jeun ou privés d'eau. Les lapins tenus à l'inanition résistent plus que ceux auxquels on permet le repas. Des doses inoffensives pour l'animal à jeun sont mortelles pour celui qui mange, ce qui explique que l'on ne connaît pas la dose minima mortelle de phosphore. DASTRE.

**Vergiftung durch Carbolineum, par Hans FLATTEN** (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und öffentl. Sanitw., VII, 316, avril 1894*).

Alcoolique de 52 ans qui boit par mégarde du carbolineum au lieu de bière. Au bout d'une d'une demi-heure, coma profond avec myose pupillaire considérable et mort 10 heures plus tard.

Le carbolineum est un désinfectant liquide présentant la composition suivante : phénols 85 0/0, carbures d'hydrogène, 6,5 ; bases du groupe de la pyridine, 1 ; eau, 8. Autopsie : muqueuse gastrique offrant de nombreuses ecchy-

moses encore plus abondantes dans le duodenum et les 15 premiers centimètres du reste de l'intestin grêle. Pas de trace de cautérisation de la muqueuse gastro-intestinale. Les reins ne présentent que de la tuméfaction trouble. L'urine, quoique contenant beaucoup d'acide phénolsulfurique, est d'un jaune trouble et ne renferme pas d'hémoglobine. Foie graisseux des buveurs. Cœur gras avec hypertrophie du ventricule gauche.

Couleur rouge de la moitié postérieure de la langue et de la face supérieure de l'épiglotte; leur épithélium est un peu hyalin. Celui de l'œsophage est complètement détaché. La même couleur rouge se retrouve dans le larynx jusqu'à la glotte et plus bas dans la trachée où l'on distingue une fine injection vasculaire et de nombreuses ecchymoses minuscules ; la muqueuse trachéale, seulement un peu épaissie est recouverte de mucosités vitreuses transparentes. Poumon gauche ardoisé, laissant sourdre à la pression une grande quantité d'écume rouge ; les vaisseaux pulmonaires renfermant du sang fluide, rouge noir. Des deux côtés, les ramifications bronchiques offrent la même rougeur que la trachée. Le poumon droit est plus riche en liquide spumeux et plus congestionné que le gauche ; il est complètement hépatisé dans le haut de son lobe inférieur.

Flatten appelle enfin l'attention sur le phénomène suivant :

Tandis qu'à l'ouverture de l'abdomen, la masse intestinale était d'un rose clair, après quelques instants d'exposition à l'air, elle était devenue vert bronze foncé ; Flatten l'attribue à l'action de l'oxygène atmosphérique sur les phénols ou leurs dérivés contenus dans l'intestin et dans ses parois, dont l'oxydation produit de l'hydroquinone. J. B.

---

# THÉRAPEUTIQUE.

**Traité élémentaire de thérapeutique, par A. MANQUAT** (*In-8° Paris, 1895*).

Cette deuxième édition, complètement remaniée et mise au courant des plus récentes acquisitions de la thérapeutique, forme en réalité un livre presque entièrement nouveau. La question de l'antisepsie et des antiseptiques y est étudiée dans ses moindres détails ; les données nouvelles sur le traitement des maladies de l'estomac, de la diphtérie sont exposées avec une grande clarté. On trouvera également dans ces pages l'emploi rationnel de la réfrigération, l'utilisation des liquides organiques (méthode de Brown-Séquard). L'auteur n'a rien négligé pour faire de son traité une œuvre absolument complète. A. CARTAZ.

**Traité théorique et pratique d'hydrothérapie médicale, par F. BOTEY** (*Paris, 1894*).

B. a écrit son traité dans le but de bien faire connaître les actions thérapeutiques diverses de la méthode hydrothérapique, les moyens mis en œuvre pour les obtenir ainsi que les indications spéciales auxquelles les actions thérapeutiques répondent.

La première partie de ce livre est physiologique et technique ; elle est consacrée à l'historique ; à l'étude des agents physiques (la chaleur et le froid) et à leur action physiologique ; à la réaction, ce phénomène si important en hydrothérapie ; à la description des procédés et appareils (hydrothérapie générale, locale, sudation, hydrothérapie à domicile, etc.) ; aux effets thérapeutiques et aux médications hydrothérapiques ; au traitement en général et aux médications adjuvantes ; aux indications et aux contre-indications.

Dans la seconde partie, essentiellement clinique, l'auteur a passé en revue toutes les affections aiguës et chroniques qui sont du ressort de l'hydrothérapie et les procédés thérapeutiques qui leur sont applicables. Un chapitre sur l'hydrothérapie au point de vue hygiénique et thérapeutique termine cet ouvrage. R. FAURE-MILLER.

**La sérumthérapie à Lyon, par J. DREYFUS** (*Lyon méd., 3 février 1895*).

Du 15 octobre au 21 janvier, 78 malades ont été traités par le sérum de Behring ou de Roux ; on a compté 15 morts, dont 3 morts par fièvre typhoïde, pneumonie et diarrhée. 31 fois le tubage a été nécessaire ; un seul enfant a été trachéotomisé. A. CARTAZ.

**Zur Serum-Therapie bei Diphtherie, par G. SEIZ** (*Therap. Monats., n° 12, p. 605, décembre 1894*).

S. a traité 29 cas et a eu 28 guérisons avec l'antitoxine diphtéritique. Il est très important de faire l'injection le plus tôt possible. L'action favorable de l'antitoxine se manifeste environ après 24 à 36 heures et cela seulement sur la fièvre et l'état général.

Le processus local, lorsque l'injection est précoce, évolue sans accidents graves. Les complications, particulièrement du côté du rein, manquent ou disparaissent vite. S. n'a pas observé de paralysies. La convalescence est particulièrement rapide et bonne. Les sérums de Behring et d'Aronson se sont montrés actifs ; le dernier est plus douloureux et provoque plus souvent des exanthèmes. P. TISSIER.

**Étude sur 249 cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtéritique, par Georges PERREGAUX** (*Thèse de Paris, 1895*).

La statistique publiée par P. dans sa thèse est la reproduction, à quelques chiffres près, de celle qu'il a communiquée avec Moizard au mois de décembre (Voy. *R. S. M.*, XLV, 97). Au lieu de 231 cas, P. en compte 249 qui ont donné 37 morts.

46 angines pures, 2 morts ; 45 angines associées, 6 morts ; 102 croups purs, 19 morts ; 56 croups associés, 10 morts.

39 fois la trachéotomie a été nécessaire, donnant 14 morts ; 18 tubages dont 6 suivis de trachéotomie, 7 morts.

P. note les complications inhérentes à la sérothérapie, urticaire, rhumatisme, et publie un cas intéressant où l'urticaire reparut à plusieurs reprises et s'accompagna de vomissements, adénopathies multiples, oligurie, collapsus ; en même temps persistance des fausses membranes, sans bacilles. L'enfant guérit lentement.

P. a recherché la fréquence de ces diverses complications et a trouvé sur 249 cas, 61 éruptions en général légères, 21 cas de douleurs articulaires, 17 cas de paralysie du voile. Il est à noter que ces complications n'ont pas été, dans la plupart des cas, constatées par l'auteur, mais annoncées par les parents, ce qui est sujet à caution. A. CARTAZ.

**Diphtérie et sérumthérapie, par LE GENDRE** (*Soc. méd. des hôpitaux, 14 décembre 1894*).

Ce travail repose sur l'étude de 21 cas entrés en 12 jours à l'hôpital Trousseau ; 17 seulement avaient la diphtérie ; 3 sont morts, et en défalquant 1 cas de croup mort aussitôt après son entrée, sur 16 cas traités, 2 sont morts, soit 12,5 0/0 de mortalité. Sur 6 croups, 3 n'ont pas été opérés et ont guéri. Les 3 opérés ont guéri aussi.

Dans la majorité des cas l'inoculation a été suivie d'une élévation brusque et notable de la température avec accélération du pouls et des mouvements respiratoires. Les inoculations ont été pratiquées dans 4 cas chez des scarlatineux atteints d'angines à exsudats, les uns diphtéritiques, les autres non, sans modification de l'éruption. Le Gendre a vu deux fois survenir l'érythème, a pu suivre 1 cas de paralysie grave, accompagnée de néphrite intense. Des inoculations pratiquées sur une paralysie datant de 2 mois n'ont amené aucune amélioration. H. L.

**I. — La sérothérapie de la diphtérie, par R. LÉPINE** (*Semaine méd., 26 décembre 1894*).

**II. — Prélude à la sérothérapie, la diphtérie à Lyon, par RABOT** (*Lyon médical· 16 décembre 1894*).

I. — Revue générale très complète de tous les travaux parus à ce jour sur le traitement de la diphtérie par le sérum.

II. — Depuis 22 ans, la diphtérie a tué à Lyon 3,666 enfants, en dépit de toutes les variétés de traitement. R. établit les statistiques mensuelles suivant les saisons; il croit à la propagation de la diphtérie par les objets, admet surtout la contagion directe et ne croit pas à l'étiologie par les fumiers de basse-cour.

R. a traité par le sérum de Behring 17 angines : 9 guérisons, 8 morts ; 12 croups : 9 guérisons, 3 morts ; chez 10 enfants, on avait pratiqué le tubage. A. C.

**Guaiacol topically as a prophylactic against diphtheria, par Solomon SOLIS-COHEN** (*Med. News, 5 janvier 1895*).

S. conseille comme prophylactique de la diphtérie chez les personnes qui entourent un malade atteint de cette affection, chez les enfants qui habitent la même chambre, un badigeonnage de la gorge (amygdales et pharynx) avec le gaïacol pur ou, ce qui est moins douloureux, avec une solution de gaïacol dans un liquide à base de pétrole et de menthol à 5 0/0.

A. CARTAZ.

**Ueber die Anwendung des Pilocarpins bei Rachendiphtheritis und Kehlkopfcroup, par DEGLE** (*Wiener med. Presse, 9 et 16 décembre 1894*).

D. est nettement partisan de la pilocarpine dans le traitement de la diphtérie et plaide ici en faveur de cet alcaloïde qu'il tient non pour un spécifique, mais pour un précieux auxiliaire s'étant montré constamment supérieur aux autres médicaments journellement préconisés dans la thérapeutique des lésions diphtéritiques du pharynx et du larynx. Il tient la pilocarpine pour moins dangereuse chez les enfants que chez les adultes dont le cœur est fréquemment surmené (tabac, alcool, maladies antérieures). Il l'administre en solution, réservant les injections hypodermiques pour les cas où il faut agir très rapidement. Il donne ici la relation clinique de cinq nouveaux cas graves qu'il eut l'occasion de traiter par la pilocarpine et dont l'un s'est terminé par la mort. CART.

**The rational treatment of diphtheria, par HEDGES** (*Medical Record, 1er décembre 1894*).

Désinfecter la région bucco-pharyngée avec une solution d'eau oxygénée rendue neutre par l'adjonction de bicarbonate de soude, donner à l'intérieur le perchlorure de fer, insuffler de la papaïne en poudre ou se servir en badigeonnages d'une solution forte, soutenir le malade au moyen de l'alcool à hautes doses, l'alimenter et lui faire des injections hypodermiques de strychnine continuées jusqu'à exagération des réflexes, tel est le traitement rationnel dont H. dit avoir obtenu la guérison de 35 0/0 de croups intubés chez des enfants de moins de 5 ans et abaissé la mortalité de l'angine diphtéritique à 6 0/0. CART.

**I. — Expériences sur la sérothérapie dans la tuberculose, par J. HERICOURT et Ch. RICHET** (*Soc. de biol., 12 janvier 1895*).

**II. — A propos de la sérothérapie dans la tuberculose, par les mêmes** (*Ibidem*).

I. — Le sérum des animaux ayant reçu de la tuberculine est très toxique comme la tuberculine elle-même. Le sérum normal d'âne exerce une influence retardatrice manifeste sur la maladie. Le sérum microbien a sauvé deux cobayes sur quatre. Le sérum retarde l'évolution tuberculeuse.

II. — Le phymosérum est la sérosité que l'on obtient par inoculation sous-cutanée de bacillose aviaire chez le chien, à l'endroit de l'inoculation, avant la formation de l'abcès suppuré. Ce liquide aurait des propriétés vaccinales très nettes.

Les auteurs ont inoculé à des chiens des bacilles tuberculeux dans le sang ; 6 jours après, on prépare le sérum du sang, *neoserum*, et c'est ce liquide qu'on injecta à une malade qui été très améliorée par ce traitement. DASTRE.

**Drei Cholerafälle..... (Trois cas de choléra traités par le sérum humain), par FREYMUTH** (*Deut. med. Woch., n° 43, p. 829, 1894*).

Sur les 3 cas de choléra traités par le sérum humain, 2 ont guéri, l'autre est mort. Le cas malheureux était un cas d'infection mixte dans lequel des diplocoques, pathogènes pour le rat, ont été retrouvés dans le sang du cœur

et dans la rate ; les 2 autres cas étaient des choléras purs. Le sérum employé provenait de 2 sujets (mari et femme) qui avaient eu 4 semaines auparavant le choléra. Le sang retiré de la veine du bras et conservé, pendant 24 heures, dans la glace, avait donné 240 centimètres cubes de sérum qui furent additionnés de 0,06 0/0 d'acide phénique. Les injections ont été faites aux doses de 10, 20 et jusqu'à 50 centimètres cubes à la fois ; un des malades a guéri après une seule injection de 20 centimètres cubes. L'autre a reçu 120 centimètres cubes en 4 injections.

Le sérum essayé sur des cochons d'Inde, ne possédait aucun pouvoir immunisant. H. DE BRINON.

**Des applications périphériques de certains alcaloïdes ou glucosides (Nouveau procédé de régulation de la thermogénèse; nouveau traitement des maladies aiguës à détermination cutanée; nouvel agent d'anesthésie locale), par Gustave GELEY** (*Thèse de Lyon, 1894*).

Parmi les nombreux alcaloïdes et glucosides connus à l'heure actuelle, G. n'a expérimenté que ceux qui possèdent une action bien établie sur les terminaisons nerveuses, en particulier la cocaïne, la morphine, la cicutine, l'aconitine, la napelline, l'érythrophléine, la solanine, la quinine, l'antipyrine, la caféine, l'éthoxycaféine, la théine, la vératrine, l'helléboréine, la digitaline, la strophantine, la spartéine, la phénacétine. Or, de tous ces produits, quatre seulement ont donné des résultats précis ; ce sont la cocaïne, l'helléboréine, la solanine, la spartéine.

Ces substances ont, comme caractères essentiels et communs, d'être des poisons du système nerveux produisant, à haute dose, des convulsions, de la paralysie, l'arrêt de la respiration. Par action locale, ce sont tous quatre des anesthésiques très puissants. Mais la solanine et l'helléboréine, irritants et caustiques, ne sauraient être utilisés dans ce but. La spartéine est exempte de ces graves inconvénients ; son action, à peu près aussi intense que celle de la cocaïne, est plus lente et beaucoup plus prolongée. Elle est moins toxique que cette dernière et ne produit pas d'ischémie par son contact. Elle paraît destinée à rendre de grands services comme agent d'anesthésie locale.

Pour les applications cutanées, on peut se servir de pommades ou de solutions. La quantité, ni le titre de la préparation n'ont d'importance bien nette et pratiquement on peut s'en tenir à la dose physiologique, incorporée dans 2 ou 4 grammes d'excipient. L'application doit être recouverte d'un enveloppement imperméable. Condition capitale : elle doit être faite à un moment de la journée où la température n'est pas en phase d'augmentation.

L'effet de ces applications est une régulation remarquable de la thermogenèse, abaissant la température dans l'hyperthermie, la relevant dans l'hypothermie, tendant manifestement, chez des fébricitants, à proportionner à la lésion causale, la réaction thermique de l'économie. Cette régulation ne s'observe pas dans les maladies aiguës à détermination cutanée. Ici, l'effet des badigeonnages est une baisse constante et considérable de la fièvre. L'action thermique dure environ de trois à cinq heures avec la cocaïne, la solanine et l'helléboréine ; avec la spartéine elle dure de six à douze heures et plus.

Au point de vue thérapeutique, ces applications n'ont aucune influence

sensible sur la marche des maladies à localisation viscérale, dont elles peuvent tout au plus abréger la période de défervescence. Elles ont au contraire une action curative des plus nettes et des plus fidèles sur les maladies aiguës à détermination cutanée, toutes les fois qu'elles ne présentent pas de complications viscérales. C'est le traitement de choix de ces affections (érysipèle, rougeole, scarlatine, etc.). La spartéine est l'alcaloïde qui doit être préféré à cause de la longue durée de son action.

Cette double action thermique et thérapeutique n'est pas due à l'absorption des médicaments, et ne peut s'expliquer que par une action nerveuse à point de départ périphérique. La physiologie de la peau, l'examen des faits, l'analyse des urines, les expériences comparatives viennent à l'appui de cette interprétation. H. FRENKEL.

**Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique traitée par des injections de liquide pneumique, par DEMONS et BINAUD** (*Archives gén. de méd., août 1894*).

Demons et Binaud rapportent l'observation d'un homme qui, à la suite d'une pleurésie purulente, fut atteint des déformations caractéristiques de l'ostéite hypertrophiante pneumique, décrite par Marie. Ce malade fut traité par des injections de liquide pneumique, à la suite desquelles l'affection ostéo-arthropathique parut s'arrêter dans son évolution.

RICHARDIÈRE.

**Die Heilung des Milzbrandes..... (La guérison du charbon par le sérum érysipélateux), par EMMERICH** (*Münch. med. Woch., p. 549, 576, 594 et 620, 1894*).

Emmerich rapporte d'abord les tentatives de guérison du charbon expérimental faites sur la souris avec du sérum de lapin inoculé par l'érysipèle, et pris au moment de l'infection généralisée. Les expériences montrent que les injections curatives doivent être continuées au moins 5 jours. Il faut plusieurs jours pour que le dernier bacille charbonneux soit annihilé dans l'organisme. Il rapporte ensuite des expériences faites sur le lapin charbonneux, avec le sérum érysipélateux de mouton.

L'auteur rapporte ensuite des cas de guérison par l'érysipèle de tumeurs malignes, de lupus, d'améliorations de la tuberculose par un érysipèle de la face. Les expériences d'Emmerich sur la tuberculose expérimentale du lapin, lui ont montré que le sérum érysipélateux exerce une action directe sur la tuberculose, il est vrai, sans la guérir complètement. Il croit que, en tenant compte de la moins grande rapidité d'évolution de la tuberculose humaine, on peut l'arrêter et même la guérir en continuant longtemps l'emploi des injections de sérum. Il croit que l'on doit de même l'essayer dans la diphtérie. C. LUZET.

**Sarcoma of abdominal cavity cured by toxins of erysipelas, par MYNTER** (*Med. Record, 9 février 1895*).

Une jeune fille de 12 ans entre à l'hôpital pour une tumeur de l'abdomen. La mort étant imminente sans intervention, on pratique la laparotomie : l'abdomen contient un litre environ d'un liquide épais, inodore, de coloration brunâtre ; la cavité renferme un néoplasme inopérable ayant envahi le péri-

toine pariétal, le mésentère, les organes pelviens et le cœcum. Irrigation abdominale avec de l'eau stérilisée ; soins et pansements consécutifs usuels. A l'examen microscopique d'une parcelle de la tumeur on reconnaît qu'il s'agit d'un sarcome encéphaloïde. Quelques jours après la laparotomie, l'état de la malade étant des moins satisfaisants, M. se décide à pratiquer journellement des injections hypodermiques d'une solution filtrée de toxines de l'érysipèle dans la région de la cuisse. L'effet fut surprenant ; très rapidement on vit s'écouler par le drain un liquide brunâtre puis de larges parcelles de tissus nécrotiques.

3 mois après l'intervention, la malade avait toutes les apparences de la santé. CART.

**Le gaïacol comme antipyrétique, par O.-M. MEIBAUM** (*Thèse de Youriew, 1894*).

M. badigeonne des surfaces déterminées de la peau, en variant les lieux d'application. Détail important, M. fait les badigeonnages à un moment de la journée auquel la température n'avait pas de tendance à baisser spontanément (Geley conseille au contraire de choisir le moment auquel la température n'a pas de tendance à monter). Dans tous les cas, M. a vu la température s'abaisser au bout d'une demi-heure, atteindre le maximum d'abaissement au bout de deux à trois heures, pour remonter de nouveau une heure plus tard. Le degré de l'abaissement thermique dépendait de la dose employée : en moyenne de 1°,05 C. avec 50 centigrammes de gaïacol, de 2°,37 avec 2 grammes, *de 5°,2 avec la dose de 5 grammes de gaïacol.* Les tuberculeux accusaient des abaissements plus considérables que les autres malades. Chez tous les malades, la chute de la température s'accompagnait de sueurs profuses et la réascension de frissons ; pas d'albuminurie, ni d'autres manifestations fâcheuses, sauf l'affaiblissement accompagnant toute chute excessive de température.

En ce qui concerne le mode d'action de ce médicament, l'auteur s'est assuré par des expériences qu'il n'y avait pas d'absorption par les voies respiratoires ; il rejette également l'hypothèse d'une action réflexe sur les centres thermogènes (deux expériences sur des chats avec section du sciatique) et admet la résorption par la peau, car on peut intoxiquer un chat avec de fortes doses appliquées sur la peau. H. FRENKEL.

**Note sur un cas d'empyème tuberculeux traité par des injections d'eau salée concentrée ; guérison complète, par H. DUBIEF et A. BOLOGNESI** (*Bulletin gén. de thérap., 30 août 1894*).

Un alcoolique, ayant déjà à son passif une pleurésie antérieure, mais sans lésion tuberculeuse pulmonaire bien apparente, commence une pleurésie aiguë à épanchement primitivement séreux, mais qui devient rapidement riche en globules rouges et, bientôt après, purulente. La nature purulente et tuberculeuse de cet empyème étant dûment constatée, on pratique la pleurotomie par la méthode classique ; on effectue avec de l'eau salée de grands lavages de la plèvre nombreux et répétés ; et, au bout de deux mois, la guérison est obtenue sans trace de fistule à la peau. R. FAURE-MILLER.

**Traitement de la péritonite tuberculeuse, par BEEK** (*Therapeutic Gazette, 15 juin 1894*).

Beek a employé, dans cette affection, des injections intra-péritonéales de glycérine iodoformée au dixième. Il n'y eut qu'un cas de mort sur 5 malades traités de cette façon. R. FAURE-MILLER.

**I. — Traitement de la coqueluche, par RAUBITSCHEK** (*Therap. Monatsh., avril 1894*).

**II. — Idem, par H. REHN** (*Berlin. klin. Woch., n° 42, p. 966, 16 octobre 1894*).

I. — Raubitschek imbibe un pinceau d'ouate d'une solution de sublimé et le presse contre la partie postérieure de la base de la langue ; en retirant le pinceau, il l'applique tour à tour sur les amygdales, la luette et le voile du palais. Dans les coqueluches graves, cette médication doit être faite quotidiennement ; dans les légères, tous les deux jours. En général, il y a amélioration dès le 2e ou le 3e jour, et en 8 ou 15 jours on obtient la guérison ou tout au moins une amélioration très grande.

II. — Rehn a essayé sur 60 coquelucheux l'amygdalate d'antipyrine de Hinsberg ; il a généralement vu se produire une rémission des quintes, des vomissements et de l'inappétence. La durée moyenne de la maladie a été de 3 semaines pour les cas légers et de 5 pour les autres. Il administre le médicament en solution aqueuse additionnée de sirop d'écorces d'oranges, à la dose de 10 à 50 centigrammes au-dessous de un an et de 50 centigrammes à 1 gramme au-dessus de 5 ans. Le lait et les alcalins sont incompatibles. J. B.

**Beitrag zur Casuistik der Bromoformvergiftung..... (Sur les signes de l'intoxication par le bromoforme; sur la valeur thérapeutique de ce médicament dans la coqueluche, par P. SCHLIEPER** (*Therap. Monatsh., n° 12, p. 642, décembre 1894*).

S. a observé chez un enfant de 5 ans 1/2, soigné de la coqueluche par le bromoforme, des accidents respiratoires très graves ; début brusque, respiration fréquente, spasmodique, perte de connaissance pendant plusieurs heures, vomissements. Ces accidents ont déjà été notés. Il ne faut donc pas forcer les doses de bromoforme, médicament d'ailleurs très utile dans la coqueluche : quatre fois autant de gouttes par jour que l'enfant a d'années. P. TISSIER.

**Le salicylate de soude dans le goitre exophtalmique, par CHIBRET** (*Revue gén. d'opht., janvier 1895*).

L'auteur publie 4 cas, déjà consciencieusement observés, dans lesquels l'amélioration a été produite au bout de 3 à 6 jours, avec 5 grammes de salicylate de soude par jour ; ce sel doit être administré en quatre fois dans les 24 heures et dans un demi-litre au moins de liquide. Dans ces conditions, il ne donne lieu qu'à des symptômes très supportables même en cas d'intolérance. On peut d'ailleurs réduire la dose de 5 grammes à 2 ou 4 grammes, si le malade se plaint avec insistance et menace d'abandonner la médication ; à la dose de 2 grammes, il n'a jamais

été observé la moindre intolérance. Pour Chibret, la marche de la maladie de Basedow avec ses poussées progressives et ses accalmies, est très analogue à celle de la goutte ; il y a toujours de l'arthritisme dans les antécédents des malades atteints de goître exophtalmique. Ce sont ces considérations qui ont mis l'auteur sur la voie du salicylate de soude.

ROHMER.

**De l'acide phénique en injections sous-cutanées dans le traitement des affections rhumatismales et en général douloureuses, par André MARTIN** (*Nouveaux Remèdes, 1894*).

M. préconise l'emploi des injections d'acide phénique à 1 ou 2 0/0 contre les douleurs dues au rhumatisme, aux névralgies ou à des causes diverses. Elles calment la douleur sans avoir l'inconvénient de la morphine et amènent la résorption des épanchements articulaires ; elles ne sont pas douloureuses et peuvent être répétées sans inconvénient constituant un mode de traitement exclusif dans les cas de rhumatisme musculaire ou articulaire, les névralgies, les ruptures musculaires, etc. 98 observations à l'appui de ces conclusions. A. C.

**Sur la valeur thérapeutique de l'huile d'olives dans la lithiase hépatique, par M. TROITZKI** (*Thèse de Kassan, 1894*).

Six chiens auxquels Levacheff avait pratiqué une fistule de la vésicule biliaire ont servi à Troitzki pour ses expériences. Au bout de trois semaines après l'opération, les animaux étaient en état d'être soumis à l'observation et ont même augmenté de poids. Avant chaque expérience, Tr. nettoyait la vésicule de la bile stagnante, puis prélevait de la bile sécrétée avant et après l'expérience à des intervalles de temps déterminés (toutes les heures).

Tr. a étudié l'action de l'huile d'olives, de l'huile de ricin, de moutarde, de l'huile de foie de morue, de la glycérine, du salicylate de soude ; à la dose de 260 centimètres cubes pour les huiles, de 120 centimètres cubes pour la glycérine, de 4 grammes pour le salicylate de soude ; on introduisait ces substances dans l'estomac des chiens à l'aide d'une sonde ou en capsules gélatineuses.

Dans toutes les expériences, l'ingestion de l'huile d'olives a été suivie d'une sécrétion abondante d'une bile plus fluide qu'à l'état normal ; avec des doses fortes d'huile, l'action cholagogue a été particulièrement constante, rapide et intense. L'huile de foie de morue et l'huile de moutarde ont présenté la même action, mais à un degré plus faible que l'huile d'olives. Quant à la glycérine et à l'huile de ricin, leur action cholagogue paraît douteuse à l'auteur. Ainsi donc l'huile d'olives a des propriétés cholagogues des plus puissantes, mais elle cède encore le pas au salicylate de soude qui mérite d'occuper sous ce rapport la première place.

L'action favorable de l'huile d'olives dans la colique hépatique s'expliquerait de la façon suivante : introduite dans l'organisme, l'huile d'olives provoque la sécrétion abondante d'une bile plus fluide qui, en s'écoulant par les conduits biliaires dans l'intestin, entraînerait mécaniquement les

calculs. En même temps les mouvements péristaltiques de l'intestin, des canaux biliaires et de la vésicule contribuent à l'expulsion des calculs.

H. FRENKEL.

**Du traitement de l'urémie par les injections de néphrine, par GONIN** (*Lyon méd., 25 novembre 1894*).

Femme de 49 ans. Accidents urémiques graves, suite de mal de Bright; insuccès des purgatifs, saignées. Injections sous-cutanées d'un centimètre cube d'une solution de néphrine au dixième; dès la première, l'urine monte à 800 gr.; à la seconde 1,600 gr.; à la troisième, le 3e jour 2,200 gr. Les vomissements cessent. Pas de diminution de l'albumine. Rechute cinq jours plus tard. Même succès temporaire contre les accidents urémiques.

Dans un deuxième cas, homme de 64 ans. Œdème prononcé, épanchement pleural, taux urinaire très abaissé; le même traitement a eu le même résultat.

A. CARTAZ.

**Traitement du tic douloureux de la face, par GRANDCLÉMENT** (*Lyon méd., 3 février 1895*).

G. emploie dans ces cas les injections locales, dans les tissus de la face, d'une solution : chlorhydrate de cocaïne, 3 centigrammes; antipyrine, 4 grammes; eau, 10 grammes, à la dose de 1 à 3 ou 4 centimètres cubes. Deux observations de guérison après une dizaine d'injections.

A. C.

**Action de l'exercice modéré à bicyclette sur l'acide urique et dans un cas d'albuminurie par sclérose rénale concomitante, par A. ROBIN** (*Bull. Acad. de méd., 23 octobre 1894*).

Ces recherches ont été faites sur deux sujets : l'un était souffrant depuis longtemps de gravelle urique et oxalique; il a été constaté chez cet homme que l'usage modéré à bicyclette, de 3/4 d'heure de durée, sur un terrain plat, à allures douces, augmentait d'abord l'élimination de l'acide urique, puis diminuait sa formation.

Le second malade était un athéromateux qui offrait des traces d'albumine dans son urine, sans lésion cardiaque, et des symptômes de sclérose rénale. L'usage modéré de la bicyclette a eu pour conséquence de doubler la quantité d'urine pendant la période d'exercice.

OZENNE.

**Thérapeutique de la fièvre typhoïde, par P. LE GENDRE** (*Un vol. de 331 p., Paris, 1895*).

La fièvre typhoïde est l'une des maladies qui ont bénéficié le plus des modifications que les doctrines contemporaines ont apportées à la thérapeutique. Dans l'ouvrage bien personnel que Le Gendre a consacré à l'étude du traitement de cette maladie, tous les progrès accomplis sont fidèlement enregistrés, sans d'ailleurs que l'auteur abandonne son droit de critique et ne fasse profiter le lecteur de l'expérience personnelle qu'une pratique déjà longue et acquise dans les milieux les plus différents lui a conférée. La méthode de Brand a provoqué une révolution profonde dans le traitement de la fièvre typhoïde comme dans celui de la plupart des autres maladies infectieuses; cependant Le Gendre n'est pas de ceux

qui systématisent presque schématiquement le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide exclusivement. Ainsi qu'il le déclare, il n'est pas un pur « Brandiste » bien « qu'il comprenne la séduction exercée sur beaucoup de confrères par cette méthode attrayante en sa théorique simplicité, et qui a, ou du moins paraît avoir, pour elle, l'*ultima ratio* des discussions scientifiques, la statistique. »

Après avoir exposé en détail les soins hygiéniques qui ont une si grande importance dans le traitement de la fièvre typhoïde, Le Gendre passe en revue toutes les médications générales en usage (antiseptique, antithermique) ; il s'étend longuement sur la méthode balnéaire de Bouchard (méthode des bains tièdes systématiquement refroidis tout en restant tièdes) et décrit ensuite le traitement qui doit s'adapter aux différentes formes revêtues par la maladie. La dernière partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude du traitement des complications, des accidents et des séquelles de la fièvre typhoïde. G. LYON.

**Sur les propriétés biologiques du sérum des convalescents du typhus exanthématique, par E. LEGRAIN** (*Soc. de biol., 19 janvier 1895*).

Des injections sous-cutanées de sérum de convalescents de typhus (épidémie de Bougie) ont été faites à des malades gravement atteints. Un résultat constant a été l'abaissement thermique ; moins constamment il y a eu augmentation de la sécrétion urinaire. L'effet général a été une amélioration. DASTRE.

**Is strychnine an antidote to cobra poison? par R.-H. ELLIOT** (*Trans. of Indian branch of Brit. med. Ass., octobre 1894*).

D'après ses recherches et ses expériences, E. ne croit pas admissible l'assertion de Müller (Voy. *R. S. M.*, XLIII, 115). Chez les animaux non mordus, comme chez ceux qui ont reçu le venin, la strychnine agit comme stimulant cardiaque à doses faibles et comme un véritable poison, à hautes doses ; ces effets se surajoutent à ceux du venin. A. C.

**De l'hyoscyamine et de son emploi contre le tremblement hydrargyrique professionnel, par Henri BRUYER** (*Thèse de Paris, 14 novembre 1894*).

De tous les médicaments que l'on a essayés pour combattre ce tremblement, l'hyoscyamine est le seul qui réussisse dans toutes les circonstances et même dans les cas où les autres médications ont échoué. Elle paraît agir en décongestionnant les centres nerveux. L'hyoscyamine doit être employée d'une façon continue et à la dose faible de 4 milligrammes par jour ; à moins d'indication spéciale, il est inutile d'aller jusqu'aux doses toxiques. Dans tous les cas observés, si l'hyoscyamine n'a pas toujours amené une guérison complète, elle a tout au moins suffisamment amélioré l'état pour rendre au malade le libre usage de ses membres. J. B.

**On the effects of the kneading (massage) of muscles upon the circulation local and general, par Lander BRUNTON et TUNNICLIFFE** (*The Journal of physiol., XVII, p. 364*).

Pendant le massage des musc es, le cours du sang qui s'en échappe

est accru. Aussitôt après la cessation du massage le sang s'accumule dans les muscles et cet effet est rapidement suivi d'une augmentation du sang qui s'écoule. Le massage d'une étendue musculaire considérable produit d'abord une légère élévation de la pression du sang et bientôt après une chute qui atteint quelquefois le cinquième de la pression initiale. DASTRE.

---

# HYGIÈNE.

**I. — Die Assanirung Neapels. Reiseskizzen....., par Theodor WEYL** (*Deut. Viertelj. f. öffentl. Gesund., XXVI, p. 246.*)

**II. — Einiges über die hygienischen Einrichtungen des modernen Rom, par H. B.** (*Hyg. Rundsch., IV, n° 9, p. 385, 1er mai 1894*).

**III. — Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin, XVIII Jahrgang (1891)** (*Berlin, 1893, et Hyg. Rundsch., IV, n° 13, p. 621, 1er juillet 1894*).

**IV. — Neuere Fortschritte auf dem Gebiete des Sanitätswesens in Budapest** (*Hyg. Rundsch., IV, n° 15, p. 718, 1er août 1894*).

**V. — Der Gesundheitsdienst von Amsterdam, par R.-H. SALTET** (*Hyg. Rundsch., IV, n° 15, p. 673 et n° 16, p. 724, 1er et 15 août 1894*).

**VI. — Études d'hygiène urbaine, par Adrien GASTINEL** (*Thèse de Paris, 28 février 1894*).

**VII. — L'hygiène des stations hivernales maritimes, par DAREMBERG** (*Rev. d'hyg. et police sanit., XVI, p. 583, juillet 1894*).

I. — Intéressant travail accompagné de cartes et de plans sur l'œuvre d'assainissement de Naples. Ce qui décida cette entreprise fut l'épidémie cholérique de 1884 qui fit 6,971 victimes sur une population de 500,000 habitants ; la mortalité oscilla, suivant les quartiers, de 1,8 par 1,000 (Pausilippe), à 30,9 (Marché). Les opérations d'assainissement comprennent : 1° une nouvelle distribution d'eau potable ; 2° un réseau d'égouts recevant les matières de vidanges ; 3° la démolition des vieux quartiers, bas et insalubres ; 4° l'exhaussement du sol déblayé avant toute reconstruction ; 5° la création de nouveaux quartiers, surtout ouvriers, pour loger les habitants dépossédés.

La baisse de la mortalité typhoïdique, qui décline rapidement depuis 1881, est déjà une preuve des bienfaits de ces œuvres d'assainissement.

Weyl constate, en terminant, que depuis la loi Crispi (août 1888), qui a supprimé le service des mœurs et l'hospitalisation obligatoire des prostituées malades, la syphilis augmente de fréquence dans toute l'Italie, de l'aveu unanime de chacun. A Naples, bien que 7 dispensaires gratuits soient à la disposition des malades, les médecins évaluent de 20 à 40 0/0

le chiffre des syphilitiques dans toutes les classes et dans les deux sexes de la population.

II. — Complément de l'étude résumée dans la Revue (*R. S. M.*, XXXIX, 114).

III. — Etude statistique générale sur la ville de Berlin, de 1891 à 1893.

IV. — La population de Buda-Pesth, qui ne comptait que 50,000 âmes au commencement du siècle, a doublé dès 1840 et décuplé en 1890 ; aujourd'hui elle atteint presque 600,000 habitants. Grâce aux améliorations hygiéniques, la mortalité diminue d'une façon continue depuis 1874 : de 44,9 pour 1,000 elle s'est abaissée à 28 en 1892. Tandis qu'en 1872-1873, le choléra causait à Pesth 2,558 décès, en 1892, il n'en causait que 525 et 105 seulement en 1893, malgré le doublement de la population. La léthalité par fièvre typhoïde s'est également bien amoindrie : de 1864 à 1868, elle était en moyenne de 280 par 100,000 habitants ; de 1874 à 1878, de 144 ; enfin, de 1889 à 1893, de 37.

Depuis 1889, la loi hongroise rend obligatoire, non seulement la vaccine, mais encore la revaccination à l'âge de 12 ans. Tandis que l'Autriche comptait en 1889, 1,180 décès varioleux, la Hongrie n'en comptait que 115 contre 1,760 en 1887 ; à Buda-Pesth, la variole qui avait fait 376 victimes en 1887, n'en a plus causé depuis, durant les années suivantes, que 14, 0, 0, 2, 4 et 6 (1893).

V. — Saltet dirige le bureau d'hygiène d'Amsterdam, créé en 1893. Cette institution a pour attributions essentielles la police des denrées alimentaires et la lutte contre les épidémies. Amsterdam, qui compte 450,000 habitants, a eu, dans les 3 dernières années, une mortalité générale respective de 24,3 ; 21,9 et 20,5. L'eau de l'Amstel et des canaux étant trop salée pour la boisson, depuis 1853 une compagnie a installé une double canalisation d'eau filtrée au sable ; l'une, provenant des dunes, est l'eau potable ; l'autre, tirée de la Vecht, est employée pour les services publics et l'industrie. Ces eaux font l'objet d'analyses régulières qu'on trouvera dans le mémoire de Saltet, ainsi que les analyses des denrées alimentaires.

La loi hollandaise de 1872 sur la prophylaxie des épidémies exige la déclaration des cas de maladies contagieuses à la fois par le médecin à l'inspecteur sanitaire de l'État et par le chef de ménage au bourgmestre ; ces maladies sont : le choléra, le typhus, la typhoïde, la dysenterie, la diphtérie, la variole, la scarlatine et la rougeole. Le maire fait apposer sur la maison contaminée une affiche portant en caractères dont les dimensions ont été fixées par un décret royal, les mots « maladie contagieuse » et au-dessous le nom de la maladie. La fréquentation des écoles est interdite à tous les enfants habitant la maison ; ils ne peuvent y rentrer que 8 jours après l'attestation d'un médecin indiquant qu'il n'y a plus danger de contagion.

D'autre part, on ne se borne pas à désinfecter pour les maladies mentionnées dans la loi, on désinfecte dans tous les cas où le médecin redoute une contagion (tuberculose, cancer, érysipèle, fièvre puerpérale, angine, coqueluche, gale, etc.). On emploie une émulsion de créoline à 3 0/0 et le sublimé au millième.

La vaccination n'est pas obligatoire dans les Pays-Bas, mais les écoles n'admettent que des enfants vaccinés, et État et communes subvention-

nent les sociétés d'encouragement à la vaccine animale. La Société d'Amsterdam vaccine gratuitement 3 fois par semaine.

Saltet voudrait voir rayer la rougeole du nombre des maladies qui comportent l'affichage et l'exclusion de l'école ; c'est elle, en effet, qui constitue à elle seule les 3/4 des exclusions et cependant elle est déjà contagieuse avant que le diagnostic en soit assez certain pour permettre la déclaration.

VI. — Le premier égout de Paris fut celui de la rue Montmartre, construit sous le règne de Charles VI ; aujourd'hui, il en existe 950 kilomètres, et il en manque encore 250 kilomètres, sans compter plus de 100 kilomètres d'anciens égouts défectueux dont la réfection s'impose. Le cube quotidien d'égout est de 500,000 mètres.

Paris compte 64,000 fosses fixes, 33,000 tinettes filtrantes, 17,700 fosses mobiles et 6,000 chutes directes à l'égout. Les *égoutiers* constituent un personnel permanent d'environ 1,000 individus. En 1889, ils ont présenté 699 cas de maladie se répartissant ainsi, par ordre de fréquence décroissante : 279 cas d'affections des voies respiratoires, plus 28 cas de tuberculose ; 186 cas d'affections des voies digestives (170 embarras gastriques et 16 diarrhées) ; 89 cas d'affections rhumatismales (43 sciatiques, 17 rhumatismes généralisés, 11 lumbagos, 10 rhumatismes intercostaux) ; 11 conjonctives aiguës, 5 fièvres intermittentes, 4 érysipèles et 1 fièvre typhoïde. Parmi les affections chirurgicales, les plus nombreuses ont été les contusions (30), les écrasements d'orteils par les plaques d'égout (26), les fractures (8 dont 4 de côtes), et les luxations (2 de poignet, 1 de la clavicule).

Les *eaux de sources* fournissent 70 litres par habitant.

VII. — *Cannes* a une population de 26,400 habitants, dont un cinquième d'Italiens, et renferme 3,325 maisons. L'eau potable est prise à 53 kilomètres de distance et est amenée par un canal ouvert, le long duquel sont des cultures fumées avec l'engrais humain ; aussi Tavel a-t-il constaté la présence du bacille banal de côlon dans l'eau de la Siagne. Il existe 5 systèmes de vidanges : l'abandon des matières sur la voie publique ou dans les cours, les fosses mobiles dont le contenu est transporté aux champs (à Cannes même, on fume les arbres des promenades publiques avec l'engrais humain), les fosses non étanches laissant perdre leur contenu dans le sol, la vidange pneumatique et le tout à l'égout. Depuis 1891, on a construit à Cannes 10 kilomètres et demi de nouveaux égouts, parfaitement étanches, munis de réservoirs de chasse et allant se déverser en mer à plus de 120 mètres de distance du rivage et à $6^{m},50$ au-dessous de la surface. Il reste à supprimer l'infection causée par les ruisseaux-égouts de la Foux, de la Lèpre et du Châtaigner et par les moulins à huile.

*Menton* a pour habitants fixes, 9,281 individus dont 2,795 Italiens, plus 5,000 étrangers hivernant et 900 hommes de troupe. Depuis 2 ans, l'eau potable vient de la Vésubie, coulant à ciel ouvert jusqu'à Nice, puis dans un tuyau souterrain, de Nice à Menton. De 1875 à 1880, on a construit un réseau complet d'égouts ne recevant pas les matières de vidanges. Celles-ci, provenant de fosses fixes, sont déversées à la mer, à l'embouchure de l'égout collecteur, en dehors de la jetée, mais à 4 mètres seulement de la terre. A Menton, la désinfection des locaux et vêtements des malades atteints de maladies contagieuses se fait très scrupuleusement

par le syndicat des maîtres d'hôtel, possesseur d'une étuve à vapeur sous pression et de pulvérisateurs; en 1893-1894, le nombre de ces opérations a été de 136 dont 31 gratuites.

*Monaco et Monte-Carlo* ont substitué aussi l'eau de la Vésubie à leurs eaux de sources, pourtant excellentes, et servant maintenant à laver les égouts. Le réseau d'égouts a été refait pour recevoir les matières de vidanges ; les égouts sont munis de réservoirs de chasses et de cheminées d'aération ; leurs bouches des rues ont des obturateurs hydrauliques ; leur déversement a lieu en mer.

Les statistiques reproduites par Daremberg montrent la rareté excessive de la fièvre typhoïde dans ces stations méditerranéennes, malgré leurs conditions d'hygiène plus ou moins défectueuses, surtout à Cannes ; elles montrent également l'énorme influence des travaux d'assainissement sur les agglomérations humaines (principauté de Monaco), et leur influence à peine manifeste sur les populations dénommées (Cannes) ; à Monaco, en effet, la fièvre typhoïde a considérablement diminué depuis la construction des égouts : 36 décès en 1883, 4 en 1884, 5 en 1889, 3 dans chacune des années 1891, 1892 et 1893. D'autre part, en 8 ans, de 1886 à 1893, Cannes a eu 47 décès typhoïdiques, dont 12 d'étrangers et 5 de militaires et Menton 38, dont 11 militaires. J. B.

**I. — Die Lungenkrankheiten in der Schweiz, par J. ROSENBLATT** (*Deut. Viertelj. f. öffentl. Gesund., XXVI, 292, 1894*).

**II. — Bidrag till den croupösa pneumoniens statistik och etiologi, par Lars NILSSON** (*Thèse Lund, 1892, et Hyg. Rundsch., IV, n° 12, p. 559, 15 juin 1894*).

**III. — Dödlighet i barnsängsfeber och barnsbörd inom riket förr och nu, par E.-W. WRETLIND** (*Eira, 1893, et Hyg. Rundsch., IV, n° 16, p. 760, 15 août 1893*).

**IV. — Beitrag zur Kenntniss der Echinococcenkrankheit in Vorpommern, par BAHR** (*Thèse Greifswald, 1893, et Hyg. Rundsch., IV, n° 17, p. 808, 1er septembre 1894*).

**V. — De la non-décroissance de l'épidémie goitreuse en France, par ARMAINGAUD** (*Revue d'hyg. et police sanit., XVI, p. 607, juillet 1894*).

I. — Etude portant sur les 14 années comprises entre 1876 et 1889. La mortalité générale a diminué de 12 0/0 en Suisse; cette diminution a été la moins sensible dans les districts surtout agricoles et la plus accentuée dans les districts urbains.

La mortalité par phtisie pulmonaire a elle-même diminué de 10 0/0; sa diminution a été la moins marquée (7 0/0) dans les districts urbains, spécialement dans ceux où l'industrie domine, tandis qu'elle a été la plus considérable dans les districts agricoles. Mais le phénomène le plus remarquable de cette période est l'énorme diminution de la mortalité par affections aiguës des voies respiratoires, qui a atteint 23 0/0. C'est dans es districts industriels qu'elle a été le moins prononcée. L'influence des différences d'altitude est beaucoup moins nette.

II. — De 1884 à 1890, Nilsson a soigné dans un district suédois 50 cas de pneumonie pour une population de 15,000 habitants. La proportion

s'élève à 0,60 0/0 chez les hommes et à 0,36 chez les femmes. Le plus grand nombre des malades se trouvait dans la quarantaine, puis dans la cinquantaine d'âge. Il y a eu 65 décès. Le maximum de fréquence correspond au mois de mai, avec 15,1 0/0 de la totalité des cas, le minimum en août, avec 2,9 0/0. Janvier compte plus de pneumonies (11,4 0/0) que mars et avril. Il n'a pas été possible de déceler une influence météorologique.

L'incubation, qui a pu être notée dans 39 cas, semble avoir une durée de 2 jours au plus.

III. — Au commencement du siècle, 0,84 0/0 des accouchées suédoises succombaient à des affections puerpérales ou immédiatement après leur accouchement ; dans la première période décennale, cette mortalité est tombée à 0,35 0/0. C'est surtout à Stockholm que la diminution a été la plus considérable ; de 1,49 se réduisait à 0,29 0/0. Dans les autres villes, la mortalité puerpérale s'est abaissée de 0,66 à 0,35 et dans les campagnes de 0,53 à 0,35 0/0. L'amélioration s'est surtout accentuée dans les derniers 10 ans, à cause de la généralisation de l'antisepsie.

IV. — Bahr a rassemblé 133 cas d'échinocoques humains observés dans la Poméranie antérieure : 58,6 0/0 des malades appartenaient au sexe masculin et 41,4 au féminin. Le parasite siégeait 66,9 fois sur 100 dans le foie ; 11,2 0/0 dans les poumons ; 10,5 dans la cavité abdominale ; 6,1 0/0 dans la peau et les muscles ; 3 fois sur 100 dans les reins et 2,3 0/0 dans la rate. A Greifswald même, dans le cours de 3,500 autopsies, on a rencontré 51 fois des échinocoques dont 1 seul multiloculaire.

V. — De l'étude des comptes rendus du recrutement, Armaingaud conclut que l'endémie goîtreuse a plutôt augmenté que diminué en France, depuis l'enquête du comité consultatif d'hygiène, portant sur les 50 années comprises de 1816 à 1865. Comme mesures prophylactiques il y aurait lieu d'essayer l'emploi pour l'eau potable d'un filtre retenant les microbes, dans quelques-unes des localités à goître et principalement dans les agglomérations d'adultes et d'enfants (casernes, prisons, asiles, écoles, etc.). D'autre part, il y a lieu de conseiller aux populations atteintes par le goître, de faire bouillir, puis aérer, l'eau potable avant de la consommer. J. B.

**I. — Vorstellung eines Melkers mit Tumoren und Geschwüren an den Händen, par LEWIN** (*Berlin. klin. Woch., p. 853, 10 septembre 1894*).

**II. — Die Steinträger, ihre Belastungsdeformitäten und Krankheiten, par GOLEBIEWSKI** (*Viertelj. f. gerichtl. Med und œff. Sanit., VIII, p. 323*).

**III. — Der Nystagmus der Bergleute, par NIEDEN** (*Wiesbaden, 1894, et Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, p. 904, 1er novembre 1894*).

**IV. — Pathologie des mineurs de soufre, par BURRUANO** (*Deutsche Viertelj. f. öfl. Gesundh., XXVI, p. 672*).

**V. — Experimentelle Studien über den Einfluss..... VII Schwefelkohlenstoff und Chlorschwefel, par K.-B. LEHMANN** (*Arch. f. Hyg., XX, et Revue d'hyg., XVI, p. 917*).

**VI. — Nouveau mode d'intoxication mercurielle dans les fabriques de lampes électriques à incandescence, par J. DONATH** (*Ann. d'hyg. publ., XXXII, p. 558, et Revue d'hyg., XVI, p. 876*).

**VII. — Note sur les conditions de salubrité dans la fabrication de la soie artificielle, par Henri NAPIAS** (*Revue d'hyg., XVI, p. 1089*).

**VIII. — Intoxication par le chromate de plomb, par G. ROQUE et G. LINOSSIER** (*Broch. Lyon 1894*).

I. — Homme présentant à la première phalange du pouce deux tumeurs verruqueuses et deux ulcérations dans le 2e pli interdigital. Il impute ces lésions à ses occupations de trayeur, qui l'obligent à comprimer le pis des vaches avec son pouce fléchi ; ces ulcérations sont remplies de poils de vache. L'autre main était le siège d'un petit abcès qui ne contenait qu'une gouttelette de pus et 40 poils. Au dire du malade, tous les trayeurs sont sujets à semblables lésions.

II. — Les ouvriers, qui montent les moellons par des échelles, les chargent dans une auge portée sur l'épaule gauche. En ne tenant pas compte des pauses, ils travaillent 9 heures par jour, transportant ainsi 54 fois un poids d'environ 90 kilogrammes. Tant que leur peau ne s'est pas épaissie et endurcie, ils présentent sur l'épaule gauche des excoriations et des ulcérations. Leurs muscles de la nuque et de l'épaule gauche sont hypertrophiés ; quand ils ont quitté la profession, cette hypertrophie est remplacée par de l'atrophie. Leur épaule gauche est plus haute ; l'omoplate correspondante, qui supporte surtout la charge, est aussi plus élevée, tant qu'il n'est pas survenu de l'atrophie des muscles. La tête, un peu fléchie en avant, est en même temps penchée et tournée vers le côté droit non chargé ; d'autres fois on note l'attitude du torticolis. Le rachis cervical, à sa partie supérieure, est dévié du côté droit, tandis que sa partie inférieure et les premières vertèbres dorsales sont inclinées du côté qui supporte le fardeau. Il se développe ainsi une scoliose et les muscles correspondant à sa convexité sont plus développés. Sur les apophyses épineuses de la 7e cervicale et de la 1re dorsale, il existe des tumeurs du volume d'un œuf de pigeon, de consistance le plus souvent analogue aux lipomes. Chez un certain nombre de porteurs de pierres, le thorax prend la forme d'un tonneau courbé du côté chargé. Le thorax offre souvent un réseau capillaire veineux très étendu. Les hernies inguinales sont fréquentes, siégeant ou prédominant du côté gauche ; l'hydrocèle n'est pas non plus rare. Il en est de même des varices du côté gauche, de l'eczéma, des ulcères et de l'œdème des deux membres inférieurs. Le pied plat acquis est presque constant. L'hypertrophie du cœur est à peu près la règle chez les porteurs de pierres exerçant depuis longtemps leur métier. L'alcoolisme est presque général parmi eux, affectant les formes les plus variées, délire et polynévrite notamment, et entraînant comme complications l'artériosclérose, la néphrite interstitielle, le cirrhose hépatique et la gastrite chronique.

III. — Depuis 19 ans que Nieden exerce la pratique ophtalmologique dans le bassin houiller de la Westphalie, il a eu l'occasion d'observer plus de 2,000 cas de nystagmus des mineurs. Pour lui, ce nystagmus résulte d'une parésie de la tonicité des muscles élévateurs produit par leur sur-

menage dans le travail à front de taille ; comme causes adjuvantes, agissent l'éclairage défectueux, l'insuffisance des droits internes, parfois des défauts visuels et enfin, la débilité générale de la constitution. (*R. S. M.*, XXII, 15 ; XXXVII, 639 ; XLI, 693 ; XLII, 307 et XLIII, 678).

IV. — Les ouvriers des soufrières ont un travail très pénible, souvent nocturne, dans un terrain humide, très incliné, dans une atmosphère peu ou pas renouvelée, imprégnée des gaz de la poudre et d'autres vapeurs, avec un éclairage rudimentaire. Ils sont sujets aux catarrhes bronchiques, aux broncho-pneumonies, à l'asthme, au rhumatisme, aux affections rénales, etc. D'autre part, la phtisie pulmonaire semble rare chez eux et la pneumonie franche y est moins fréquente que chez les paysans du voisinage, de même que le paludisme. Les régions dévastées par la malaria se sont trouvées assainies par la fusion du soufre extrait des mines. L'ankylostome duodénal est devenu moins commun depuis que les ouvriers ne boivent plus l'eau des réservoirs sis à proximité des mines. Les ophtalmies sont générales parmi les mineurs.

V. — Expériences sur l'homme et l'animal, poursuivies depuis 1886 avec Nokahama, Mori, Rosenblatt et Hertel. Les emplois industriels du sulfure de carbone sont nombreux : La plupart des expérimentateurs n'ont pas déterminé en quelle proportion ce corps doit exister dans l'air inhalé pour produire des accidents. Les doses toxiques sont identiques chez l'homme et chez le chat. A la dose d'un demi-milligramme de sulfure de carbone par litre d'air inspiré, on n'observe aucun phénomène notable ; à un milligramme, se montrent, au bout de quelques heures, de l'hébétude et de la céphalalgie ; si l'on atteint 1 milligramme 1/2, les mêmes symptômes se produisent au bout d'une demi-heure et l'irritation des muqueuses oculaire, pharyngée et laryngée, incommode le patient ; cet état peut se prolonger 24 heures après la cessation de l'expérience. A 2 et 3 milligrammes, le mal de tête s'accentue rapidement, les vertiges apparaissent et vers la 2e heure on peut observer des troubles de la sensibilité. De 4 à 10 milligrammes, limite actuelle que l'on n'a jamais dépassée dans les expériences sur l'homme, les mêmes troubles surviennent après quelques minutes et les suites peuvent être longues et sévères. Ces données ne s'appliquent qu'aux inhalations passagères, répétées seulement à longs intervalles : on ne saurait par la méthode expérimentale déterminer les doses maxima qu'un homme peut supporter à la longue comme c'est le cas dans les fabriques de caoutchouc. Lehmann conclut : La théorie de Sapelier (*R. S. M.*, XXVII, 484) repose sur des considérations chimiques fausses. L'hydrogène sulfuré est une impureté rare du sulfure de carbone. Au contact de l'air les vapeurs de sulfure de carbone n'ont jamais, dans les expériences de Lehmann, produit d'hydrogène sulfuré. Ce gaz, d'ailleurs, est beaucoup moins toxique que ne le croit Sapelier : des quantités suffisantes pour colorer rapidement le papier à l'acétate de plomb sont inoffensives pour l'homme. Les symptômes de l'intoxication par l'hydrogène sulfuré, diffèrent entièrement de ceux de l'empoisonnement par le sulfure de carbone ; avec le premier de ces poisons, les symptômes d'irritation des muqueuses tiennent la première place, tandis que les congestions, les vertiges, les nausées manquent absolument. Enfin, point capital, les animaux ressentent des effets identiques, qu'on leur fasse respirer des vapeurs de sulfure de carbone pur ou industriel, et dans les expériences

sur l'homme, l'inhalation de sulfure de carbone chimiquement pur, a donné lieu à des symptômes exactement semblables à ceux notés par Delpech chez les ouvriers en caoutchouc.

Le chlorure de soufre, qui se rencontre souvent dans le sulfure de carbone industriel, n'est nullement toxique.

VI. — L'hydrargyrisme des ouvriers en lampes Edison est dû à l'usage de pompes pneumatiques à mercure qui servent à faire le vide dans les lampes à incandescence et qui, étant en verre, sont très fragiles. On a prévenu cette intoxication dans la fabrique de Buda-Pesth par l'ensemble des mesures suivantes : élargissement des ateliers, installation de ventilateurs puissants, propreté minutieuse des ouvriers, remplacement des pompes de Toepler par les pompes perfectionnées de Sprengler, qui emploient pour un même rendement, 9 fois moins de mercure et sont moins fragiles, enfin et surtout usage de pompes pneumatiques mécaniques du fonctionnement desquelles le mercure est banni.

VII. — La fabrication de la soie artificielle consiste essentiellement dans la nitratation de la cellulose qui est ensuite dissoute dans l'éther, filée et moulinée et, enfin, ramenée par une dernière opération, à un degré convenable de dénitratation. De là, 4 opérations successives : 1° Du coton cardé, bien déshydraté à l'étuve, est traité par un mélange d'acides nitrique et sulfurique. Le fulmi-coton ainsi obtenu est mis à la presse, lavé, essoré ; 2° On dissout cette nitro-cellulose dans un mélange d'alcool et d'éther. Le collodion ainsi obtenu, purifié par pressions successives à travers 3 filtres, est alors prêt à être filé ; 3° On le place dans un cylindre de bronze et on le soumet à une pression de 15 à 60 atmosphères par l'air comprimé. Il s'échappe par des tubes capillaires à travers une mince couche d'eau, se solidifie à ce contact, est saisi et enroulé sur une bobine, puis doublé et mouliné ; 4° Il ne reste plus qu'à dénitrer cette soie artificielle pour la rendre inexplosible et aussi peu inflammable que la soie naturelle. Pour cela, on fait digérer les échevaux pendant quelques heures dans un bain de sulfure de calcium. Toutes ces opérations sont dangereuses, car on travaille constamment avec un composé explosif. La première opération dégage d'abondantes vapeurs nitreuses. Les 2 suivantes occasionnent le dégagement de vapeurs d'éther : ce sont des femmes qui, seules, sont occupées au pliage et au moulinage. Enfin, la dernière opération détermine la production abondante d'acide sulfhydrique. Napias indique les précautions qui lui paraissent devoir être prises au point de vue de la sécurité et de la santé des ouvriers et des voisins.

VIII. — Les faits cliniques et les analyses chimiques de Roque et Linossier forment la base du rapport de Cazeneuve au Conseil de salubrité du Rhône (*R. S. M.*, XLIV, 516). J. B.

**Acné professionnelle; accidents développés chez les ouvriers pétroliers, par GERVAIS** (*Thèse de Paris, 1895*).

Parmi ces ouvriers sont atteints surtout ceux qui préparent et manipulent la paraffine. Les accidents consistent en éruptions papuleuses, furonculeuses, acnéiformes, qui se produisent dans les points des téguments où se trouvent les poils. La paraffine et les huiles lourdes contiennent des principes irritants, soude caustique ou pétrolène, et les

accidents cutanés augmentent avec la densité des produits et leur richesse en principes toxiques. Le changement fréquent des vêtements de travail, les bains, les lotions alcalines constituent la meilleure prophylaxie.

F. BALZER.

**I. — Économie du calorique animal due aux vêtements, par DI VESTEA** (*Deutsche Viertelj. öff. Gesundh., XXVI, 662*).

**II. — Das Strahlungsvermögen der Kleidungsstoffe nach absolutem Maasse, par M. RUBNER** (*Arch. f. Hyg., XVII, et Hyg. Rundsch., IV, n° 18, p. 842*).

**III. — Ueber den gegenwärtigen Stand unserer Kenntniss von den physikalischen Eigenschaften der Kleidung, par Hans REICHENBACH** (*Hyg. Rundsch., IV, n°s 23 et 24*).

I. — La chaleur des vêtements, dont la mensuration scientifique est très délicate, représente, pour l'organisme animal, une économie en aliments. Di Vestea est parvenu à traduire en chiffres l'économie réalisée par les différentes étoffes vestimentaires. A cet effet, il a construit un thermomètre très sensible, à l'intérieur duquel brûle une flamme de gaz, et qu'on revêt successivement des diverses étoffes. On voit ainsi la quantité de gaz consommée pour maintenir l'air intérieur à une même température.

II. — Rubner a calculé la perte de calorique due au rayonnement pour différentes étoffes de vêtements. Il a trouvé que par une température extérieure de 15°, chaque mètre carré rayonne par heure, pour une différence de température de 1 degré : de soie, calories 3,46 ; de coton apprêté 3,65 ; de coton lavé 4,25 ; de flanelle 4,51 ; de tricots de soie et de coton 4,53 ; de tricot de laine 4,58.

III. — Intéressante revue critique des travaux allemands sur les propriétés physiques du vêtement, avec index bibliographique. J. B.

**Essai critique sur les intoxications alimentaires, par Albert DROUINEAU** (*Thèse de Lyon, 1894*).

Cette importante monographie où l'auteur a réuni toutes les observations connues, résume l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet. Les notions pathogéniques étant insuffisantes pour servir de base à une classification, Dr. a rangé les intoxications alimentaires suivant le genre d'aliment qui leur a donné naissance. Il y a ainsi sept groupes : le *botulisme* produit par les viandes ; l'*ichtyosisme* par les poissons ; le *carabisme* par les crustacés ; le *mytilisme* par les mollusques ; le *caséisme* par le lait et ses dérivés ; le *céréalisme* et le *légumentisme*. L'auteur croit que chacun de ces groupes aura peut-être un jour sa pathogénie et sa symptomatologie propres.

Signalons particulièrement l'important chapitre concernant le botulisme ; l'intoxication joue, suivant l'auteur, un rôle secondaire ; la règle, c'est l'infection on la toxi-infection. En terminant, Dr. réclame le secours de la médecine expérimentale. H. FRENKEL.

**I. — Ueber chemisch-physiologische Untersuchungen des Fleisches nach den verschiedenen Schlachtmethoden, par J.-A. DEMBO** (*Deutsche Viertelj. f. œff. Gesund., XXVI, 668, 1894*). — **Rapport à l'Académie de médecine, par DIEULAFOY; discussion** (*Bull. Acad. de méd., 31 juillet 1894*).

**II. — Ueber den hygienischen Werth der verschiedenen Schlachtmethoden, par M. KRUEGER** (*Hyg. Rundsch., IV, n° 18, p. 850, 15 septembre 1894*).

**III. — Beitrag zur Frage der Verbreitung der Echinococcenkrankheiten bei den Hausthieren, par OLT** (*Zeitschr. f. Fleisch. u. Milch-Hyg., IV, et Hyg. Rundsch., IV, n° 18, p. 839*).

**IV. — Enzootische Actinomycose, par NEUWIRTH** (*Woch. f. Thierheilk., 1893, et Hyg. Rundsch. IV, p. 840*).

**V. — Handel mit gefrorenem Fleisch** (*Hyg. Rundsch., IV, n° 16, p. 753, 15 août 1894*).

**VI. — Rapport au Conseil de salubrité de la Seine sur la conservation des viandes par l'oden, par NOCARD** (*Ann. d'hyg. publ., août 1894*).

**VII. — Rapport au Conseil de salubrité de la Seine sur deux procédés de conservation des viandes et des poissons, par NOCARD** (*Ibid., octobre 1894*).

**VIII. — Ueber den Gewichtsverlust des Fleisches beim Erwärmen, par E. FERRATI** (*Arch. f. Hyg., XIX, et Rev. d'hyg., XVI, n° 11, p. 1011*).

I et II. — Il n'est pas, au dire de Dembo, de mode d'abatage plus humain que celui employé dans le rite israélite. Sous le rapport de l'hygiène, il n'est pas de procédé plus rationnel. La prompte et abondante issue du sang, ainsi que les convulsions finales développent dans l'organisme des animaux égorgés de l'acide lactique qui, se combinant avec le phosphate de potasse, forme du lactate et du phosphate acide de potasse. Ce phosphate acide de potasse empêche le développement des microorganismes, retarde ainsi la formation des produits de putréfaction et rend la viande plus savoureuse. La viande des animaux égorgés est plus vite propre à la consommation, parce que la rigidité cadavérique s'y montre de bonne heure; d'autre part, en été, elle se conserve 2 ou 3 jours de plus que les autres viandes, parce que la putréfaction s'en empare tardivement; enfin, elle satisfait davantage les acheteurs, parce qu'elle contient moins de sang et d'eau.

III. — A l'abattoir de Stettin, Olt a trouvé des échinocoques sur 7,1 0/0 des bovidés, 7,3 0/0 des porcs et 25,8 0/0 des moutons. Presque tous les animaux abattus provenaient de Poméranie. A Wismar, on rencontre les échinocoques sur 25 0/0 des vaches, 15 0/0 des moutons et 2 0/0 des porcs; à Güstrow, environ 50 fois sur 100 dans ces trois espèces animales; à Leipzig, sur 13 0/0 des moutons, sur 3 3/4 0/0 des porcs indigènes et sur 21,47 0/0 des porcs de Hongrie. La grande fréquence de ces parasites tient surtout à la détestable coutume de donner aux chiens les parasites qu'on a enlevés de la viande. Aussi le ténia échinocoque est-il très commun chez les chiens de Stettin; Olt en a trouvé de nombreux exemplaires sur 2 des 11 chiens qu'il a autopsiés et, malgré des cures antihelmintiques réitérées, il lui a été impossible d'expulser les têtes de ces ténias.

IV. — Dans une étable de 46 bêtes à corne, d'âge et de race divers, toutes, à l'exception de 5 achetées récemment, étaient affectées d'actinomycose du dos de la langue, des joues, des régions parotidiennes et du gosier; les ulcérations contenaient des grains du froment d'été qui avait servi en dernier lieu à l'alimentation ; 6 semaines auparavant, toutes ces bêtes avaient eu la fièvre aphteuse.

V. — En 1893, il a été importé à Londres d'Australie, de Nouvelle-Zélande, de la Plata, etc., 171,640 quartiers de bœuf et 3,905,000 moutons congelés. La Nouvelle-Zélande seule compte 22 établissements se livrant à ce commerce avec 88 vapeurs munis d'appareils frigorifiques. A Londres, ces viandes sont entreposées, sur le quai de la Tamise, dans un grand bâtiment à 6 étages, sans fenêtres et dont les portes sont protégées contre le réchauffement; cet entrepôt est éclairé à l'électricité. Le déchargement des navires est opéré par des élévateurs à raison de 1,500 moutons par heure. La circulation à l'intérieur du bâtiment s'effectue exclusivement par des ascenseurs. Il y règne une température de 4 à 5° au-dessous de zéro. Les quartiers de bœuf et les moutons congelés, enveloppés isolément dans de la toile grise, sont empilés le long des parois, de manière que l'air froid amené par des tuyaux puisse circuler entre eux. Il y a de la place pour 250,000 moutons. Souvent ces viandes séjournent des mois sans se déprécier; le prix de revient pour l'importateur est d'environ 40 centimes la livre.

VI. — L'oden est un liquide limpide, incolore, exhalant une violente odeur d'acide sulfureux. Le laboratoire municipal y a trouvé du bisulfite de potasse, de la chaux, du fer et du tannin. On en badigeonne les pièces de viande qu'on veut conserver. Les couches superficielles qui ont subi son contact se dessèchent très vite, formant une sorte d'enveloppe protectrice, dense et serrée, de couleur noirâtre, de consistance ligneuse, difficile à inciser. Sous cette couche, dont l'épaisseur ne dépasse pas 2 ou 3 millimètres, le tissu musculaire conserve son aspect normal pendant 20 jours ; mais il faut que la pièce de viande ainsi enduite soit suspendue dans un air sec et fréquemment renouvelé. Nocard a fait un certain nombre d'expériences sur un porc, des chiens et des chats qui n'ont pas éprouvé le moindre malaise, malgré l'ingestion d'une grande quantité de cette viande. Néanmoins, il n'affirme pas l'innocuité de l'oden pour l'homme et fait voter par le Conseil de salubrité de la Seine l'interdiction de son emploi pour la conservation des viandes.

VII. — Il s'agit de deux produits destinés à la conservation des viandes de boucherie mises en étalage. L'un, sous forme de poudre, est composé de sel marin et d'acide borique; l'autre, sous forme de liquide, est une solution de bisulfite de soude. Le Conseil de salubrité ne saurait autoriser l'emploi de produits antiseptiques, même inoffensifs à haute dose, quand il s'agit d'assurer ou de prolonger la conservation de matières alimentaires d'origine animale.

VIII. — Les expériences sur la perte de poids que subissent les viandes à la cuisson ont porté sur du bœuf, du veau et du porc; elles ont donné sensiblement les mêmes résultats pour les trois sortes de viandes. La perte en poids croît avec la température, mais pas d'une façon proportionnelle, de manière que c'est entre 50 et 70° qu'a lieu le maximum de diminution du poids. A 95°, la perte en poids est de 47,33 0/0 pour le bœuf; à 90°,

elle est de 47,3 pour le veau et de 43,15 pour le porc. Aux températures supérieures à 100°, la perte s'accentue encore ; à 120°, elle est de 52,06 pour le veau, de 55,34 pour le bœuf et de 55,05 pour le porc. La préexistence de la rigidité cadavérique augmente la diminution du poids des viandes soumises à la coction. La perte de poids à la cuisson varie suivant les organes ; elle est la moindre pour les poumons (15,04 et 18,49 0/0) et la plus considérable pour le cœur (52,15 et 58,45 0/0). J. B.

**I. — Méthodes les plus certaines pour reconnaître la pureté du beurre, par J. WAUTERS, et vote du Congrès de chimie appliquée de l'Association des chimistes belges** (*Mouvem. hygiénique, X, n° 8, p. 374, août 1894*).

**II. — Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen in der Butter, par O. ROTH** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 17, p. 521, 1er septembre 1894*).

I. — Sur le rapport de Wauters, le Congrès belge de chimie appliquée a adopté les conclusions que voici : La détermination des quantités d'eau, de sel, de caséine et de lactose contenues dans le beurre n'offre aucune difficulté. La recherche des corps gras étrangers peut se faire par les méthodes suivantes que nous considérons, dans l'état actuel de nos connaissances, comme les plus pratiques et les plus certaines : 1° examen de la manière dont le beurre se comporte à la fusion lente ; 2° détermination du poids spécifique de la matière grasse à 100° ; 3° examen du beurre au réfractomètre, à l'oléoréfractomètre ou au butyroréfractomètre ; 4° examen microscopique du produit de la matière grasse fondue et du résidu insoluble dans l'éther et dans un alcali dilué ; 5° détermination de la quantité d'acides gras fixes et insolubles d'après le procédé primitif d'Hehner et d'Angell ; 6° titrage des acides gras volatils solubles dans l'eau, d'après le procédé de Reichert et de Meissl ; 7° détermination de l'équivalent de saponification d'après la méthode de Köttstorfer ; 8° détermination de l'indice d'iode, d'après la méthode de Hübl ; 9° recherche, au moyen de différents réactifs, des huiles qui peuvent avoir été employées pour la fabrication de l'oléo-margarine. L'analyse d'un beurre composé exclusivement de margarine ou mélangé d'une notable quantité de ce produit ne présente aucune difficulté ; cette falsification peut être facilement décelée en employant deux ou trois des procédés ci-dessus. Lorsqu'un beurre fournira, par une ou plusieurs de ces méthodes, des données anormales qui pourraient le faire considérer, soit comme un beurre de composition anormale, soit comme un beurre additionné de petites quantités de margarine, nous estimons que l'application simultanée de tous les procédés indiqués pourra déterminer, dans la plupart des cas, si le beurre examiné est réellement falsifié.

II. — Brusaferro (*Giorn. d. med. veterin. pratic. Torino*, 1890) expérimentant sur 9 échantillons de beurre du commerce, en a trouvé 1 contenant des bacilles tuberculeux virulents. De son côté, Roth, sur 20 échantillons de beurre de provenances diverses inoculés à des cobayes, a réussi à rendre tuberculeux 2 de ces animaux. J. B.

**De l'influence de la température dans l'analyse bactériologique des eaux, par E. AUSSET** (*Soc. de biol., 26 janvier 1895*).

On admet actuellement qu'une eau qui ne renferme pas plus de

1,000 bactéries banales par centimètre cube peut entrer dans l'alimentation. Au point de vue de l'analyse qualitative, il y a avantage à employer la gélose liquéfiée et refroidie à 40° dans laquelle on sème la dilution voulue. On élimine ainsi les trois quarts des bactéries aquatiles. De plus cette gélose doit être lactosée et tournesolée : les bactéries (B. coli) donneront des plaques rouges. DASTRE.

**Observations sur les moyens employés contre la putréfaction des milieux organiques, par A. DASTRE** (*Soc. de biol., 8 décembre 1894*).

On emploie pour garantir les liqueurs de la putréfaction, le thymol, l'acide salicylique, le chloroforme, les fluorures, les solutions salines concentrées, et l'on cherche si l'odeur de la putréfaction existe ou n'existe pas. On exclut la putréfaction dans ce dernier cas. C'est là une erreur. L'auteur présente à la Société des flacons contenant de la fibrine fraîche et, malgré l'emploi du thymol, peuplées de bactéries non bromogènes. De même pour des solutions de chlorure de sodium à 15 0/0 et de chlorure d'ammonium à 20 0/0. DASTRE.

**Sur la désinfection des matières fécales, par H. VINCENT** (*C. R. Académie des Sc., 3 décembre 1894*).

Les selles pathologiques, qui sont en général très fluides et renferment des microorganismes pathogènes moins résistants que les saprogènes, sont plus aisément désinfectées que les matières fécales normales, dont la consistance et la composition microbienne offrent une plus grande résistance à l'action des antiseptiques. — Pour les selles normales, la désinfection est obtenue en vingt-quatre heures avec le sulfate de cuivre dans la proportion de 6/1000 (6 kilos pour 1 mètre cube) ; pour la désinfection des selles typhiques et la destruction du bacille d'Eberth, la proportion du sulfate de cuivre peut être réduite à 5/1000, et environ à 3 pour les matières contenant le bacille du choléra. Dans ces deux cas la désinfection est obtenue en douze heures de contact. M. DUVAL.

**I. — Ueber die Versorgung tuberculöser Kranker seitens grosser Städte, par E. LEYDEN** (*Berlin. klin. Woch., p. 883, 24 septembre 1894*).

**II. — Les sanatoria pour le traitement des phtisiques pauvres, par A. MÖLLER** (*Mouvem. hygiénique, X, n° 9, p. 385*).

**III. — Zur Azylfrage für Tuberculöse, par SCHNYDER** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, p. 707, 1er novembre 1894*).

I et II. — Le chiffre des poitrinaires en Allemagne est estimé à 1,300,000 dont 170,000 à 180,000 succombent annuellement (8 0/0), formant ainsi du 1/9 au 1/6 de l'ensemble des décès ; la Prusse, à elle seule, fournit à peu près la moitié des cas et des décès de tuberculose ; à Berlin même, la moyenne annuelle des morts par phtisie pulmonaire est de 3,800, ce qui doit comprendre un chiffre de 25,000 malades de la poitrine ; la moitié au moins d'entre eux appartient à la classe peu fortunée. Malgré la découverte de la tuberculine le traitement hygiénique et diététique mis en œuvre dans un établissement clos, reste encore aujourd'hui le procédé de cure le meilleur de la tuberculose.

La société francfortoise des asiles de convalescence a ouvert le 15 août 1892 à Falkenstein, dans le Taunus, un établissement de 28 lits destiné au traitement des tuberculeux pauvres; dès la première année, il a reçu 133 malades dont 102 sont partis avec une amélioration; 10 0/0 d'entre eux n'avaient plus de bacilles. La durée moyenne de la cure a été de 71 jours et l'augmentation totale du poids de 7 livres par tête. Les frais journaliers se sont élevés par malade à 3 fr. 15 et la journée de pension est fixée à 2 fr. 50. Dès le printemps prochain, la même société de Francfort disposera non loin de Falkenstein, à Ruppertshau, d'un sanatorium comprenant 70 lits.

La municipalité de Berlin a inauguré, en octobre 1892, à Malchow, au milieu de ses champs d'irrigations à l'eau d'égout, un asile pour 84 tuberculeux du sexe masculin; malheureusement l'emplacement et l'installation laissent à désirer, et le bâtiment n'est pas protégé contre les vents du nord. Dernièrement l'Institut d'assurances contre l'invalidité et l'âge a ouvert à Gütergotz, près de Berlin, un établissement de cures pour phtisiques, de 20 lits.

La ville de Brême possède depuis le 1er juillet 1893, en Hanovre, à Rehburg, dans le Harz, un sanatorium de 24 lits pour les deux sexes; les frais journaliers par malade s'élèvent à 2 fr. 72; le prix de pension est de 1 fr. 90 pour les Brêmois et de 3 fr. 15 pour les étrangers. Dans la première année, cet établissement a traité 69 tuberculeux dont 48 sont sortis dans l'état suivant : 17 (35 0/0) avec capacité absolue de travail; 17 avec capacité relative et 14 (30 0/0) avec incapacité complète de travail.

A Andreasberg, il existe déjà depuis un certain temps un sanatorium pour tuberculeux indigents, entretenu par la bienfaisance privée.

Des projets d'établissements similaires existent pour les villes de Worms (à Felsberg dans l'Onensvald, 35 lits), et Stettin, en Saxe (à Reiboldsgrün, 100 lits) et à Vienne.

D'après Leyden, une altitude élevée et une atmosphère sylvestre ne sont pas indispensables aux sanatoria pour tuberculeux; ce qui leur est de première nécessité, c'est d'être à l'abri des poussières et des vents aigus. Leur situation, à proximité d'une ville, est doublement désirable, tant au point de vue de leur approvisionnement que des visites des familles. Enfin leur aménagement intérieur doit être confortable, sans luxe.

III. — En Suisse s'est fondé un comité pour la construction de sanatoria de tuberculeux. Les décès annuels par phtisie s'élèvent en Suisse à 6,000 et l'on peut évaluer à 60,000 le chiffre des malades de cette catégorie ; les deux tiers d'entre eux sont indigents ou peu fortunés. Schnyder, par une série de calculs de probabilité, estime qu'il suffirait, pour l'ensemble du pays, de 16 établissements de 100 lits qu'on pourrait d'ailleurs réduire à 8; parce que la moitié des malades auxquels ils sont destinés ne voudront pas y entrer. D'ailleurs le but des sanatoria ne peut pas être de conserver les tuberculeux jusqu'à leur entière guérison; ils remplissent leur devoir en mettant ces malades dans une bonne voie de rétablissement et encore plus en leur inculquant les précautions sanitaires auxquelles ils devront se soumettre, sous peine de rechute, leur vie durant. Schnyder considère cette éducation hygiénique des tuberculeux

comme la tâche primordiale des sanatoria ; pour la mener à bien, et plier les malades à une discipline comparable à celle du soldat, un séjour de 3 mois dans l'établissement est plutôt un minimum. J. B.

**I. — Das Tuberculin in der thierärztlichen Praxis, par JACOB** (*Berlin. thierärztl. Woch., 1894, et Hyg. Rundsch., IV, n° 17, p. 798, 1er septembre 1894*).

**II. — Diagnostic et prophylaxie de la tuberculose bovine par la tuberculine, par Ed. NOCARD** (*Revue d'hyg., XVI, p. 838*).

**III. — Discussion internationale du Congrès de Buda-Pesth** (*Ibid., p. 842*).

I. — Jacob a pratiqué 309 inoculations de tuberculine sur des bovidés. Comme Siedamgrotzky, il évalue à 80 0/0 le nombre des vieilles vaches atteintes de pommelière dans son rayon d'action (Basse-Lusace); il confirme que la réaction est très nette chez les bêtes à peine atteintes, tandis qu'elle peut faire entièrement défaut dans les cas de tuberculose très avancée et que l'ingestion de tuberculine ne diminue généralement pas le rendement en lait.

II. — Nocard se croit autorisé par les faits qu'il a observés à dire que l'hérédité ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire et pratiquement négligeable dans les progrès incessants de la tuberculose bovine. C'est donc contre la contagion qu'il faut se défendre. L'injection de tuberculine ne présente absolument aucun danger ; elle ne diminue pas la quantité de lait et n'apporte aucun trouble à l'évolution de la gestation, même chez les vaches près de vêler. Dans toute exploitation où l'on a constaté, où l'on redoute l'existence du mal, il faudrait soumettre tous les animaux à cette injection. Tous ceux qui manifesteraient la réaction caractéristique seraient aussitôt séparés des animaux sains dont l'étable serait désinfectée. On ne serait pas obligé de sacrifier immédiatement les animaux suspects. On pourrait encore les faire travailler ou utiliser leur lait après cuisson ; on devrait surtout les préparer pour la boucherie ; la maladie étant reconnue à ses débuts, ils engraisseraient aisément et, livrés de très bonne heure à l'abattoir, les lésions seraient si peu importantes qu'aucun inspecteur n'oserait prononcer la saisie.

III. — *Bang* a fait l'autopsie de 272 bovidés soumis aux injections de tuberculine ; 9 fois seulement l'autopsie n'expliquait pas la réaction provoquée par l'injection. La tuberculine permet donc de diagnostiquer la tuberculose 96 fois sur 100. C'est surtout dans les cas où les lésions sont insignifiantes, quand il existe, par exemple, des nodules isolés dans les ganglions lymphatiques, que la tuberculine possède la plus grande valeur. Lorsque, malgré une réaction nette, on ne trouve rien à l'autopsie, il se peut que de petites lésions tuberculeuses aient passé inaperçues. D'autres fois, par contre, on constate à l'autopsie des altérations tuberculeuses sans que l'injection ait donné lieu à la moindre réaction ; il s'agit alors ou d'anciens foyers en partie calcifiés, dont la virulence est bien douteuse (ce qui prouve la possibilité de la guérison de la tuberculose chez la vache), ou de lésions si avancées que les symptômes cliniques suffisent pour le diagnostic. La vache ne transmet la tuberculose à son veau qu'autant que son affection est déjà très avancée. Bang conclut comme Nocard pour les mesures prophylactiques.

*Frohner*, tout en estimant que la tuberculine est un moyen diagnostique d'une grande valeur scientifique, ajoute que, comme la malléine, elle donne dans 15 0/0 des cas des résultats absolument faux.

*Hess* n'admet l'inefficacité des injections de tuberculine que dans les tuberculoses anciennes et dans celles qui sont très avancées, mais il leur fait un autre reproche. Elles donnent souvent lieu à une tuberculose miliaire aiguë, ce qui fait qu'on doit être très prudent dans leur emploi.

*Nocard*, comme Bang, croit à la possibilité de guérison de certaines lésions tuberculeuses chez la vache. Il cite, pour preuves, les résultats qu'il a obtenus en combinant un traitement diététique et hygiénique avec des injections d'huile créosotée. J. B.

**I. — Ueber den Werth des Tuberculinum Kochii als Diagnosticum, par RIEVEL** (*Berlin. thierärztl. Woch., 1893, et Hyg. Rundsch., IV. n° 4, p. 176, 15 février 1894*).

**II. — Tuberkulinimpfung bei Zuchtstieren, par ÖHMKE** (*Zeitschr. f. Fleisch-und Milch-Hyg., III, et Hyg. Rundsch., IV, n° 3, p. 139, 1er février 1894*).

**III. — Diagnostische Tuberculinimpfungen bei Ziegen, par EICHHORN** (*Bericht über das Veterinärwesen im Königreich Sachsen, et Hyg. Rundsch., IV, n° 4, p. 177*).

I. — Trois génisses qui, sous une injection de tuberculine, avaient réagi avec une élévation de température variable de 1° à 2°,7, furent abattues comme tuberculeuses et l'examen bactérioscopique des organes trouvés malades fut pratiqué à l'école vétérinaire de Hanovre. La première avait, dans l'épiploon, des tumeurs ayant l'aspect de celles de la pommelière, mais contenant, au lieu de bacilles tuberculeux, des corpuscules acineux de structure finement granuleuse avec striation rayonnée indistincte à la périphérie ; il s'agissait donc d'une botryomycose ; quant aux poumons, ils étaient sains à part un catarrhe bronchique aigu. Chez la deuxième génisse, qui avait eu la réaction la plus intense, on ne trouva également ni tumeurs, ni bacilles de tuberculose, dans les membranes finement villeuses de la plèvre et dans les ganglions portes hypertrophiés et seulement un léger catarrhe des bronches.

Chez la troisième, les ganglions étaient tuberculeux et renfermaient des bacilles clairsemés.

II. — Oehmke a injecté 0gr,25 ou 0gr,30 de tuberculine à 10 taureaux reproducteurs d'apparence splendide. Cinq ont eu à la suite de l'injection, de la fièvre, de la toux et quelques-uns même des frissons, de l'inappétence, etc. Tous ont été abattus et reconnus tuberculeux. Les lésions, très limitées, se bornaient à quelques foyers atteignant au plus les dimensions du poing, dans les poumons et les ganglions bronchiques ou médiastinaux ; la plèvre était en général aussi plus ou moins affectée. Chez l'un de ces animaux, il y avait en outre des tubercules dans les ganglions mésentériques, et, chez un autre, dans le foie et le rein gauche.

III. — Un troupeau de 28 chèvres, dont une avait succombé à la tuberculose, fut inoculé avec 0gr,02 ou 0gr,03 de tuberculine. 19 présentèrent une réaction dépassant 1°. Les deux qu'on abattit étaient tuberculeuses.

Eichhorn en conclut qu'il est désirable qu'on fasse plus attention à la tuberculose de l'espèce caprine dont le lait est réputé comme inoffensif sous ce rapport. J. B.

**I. — Ueber die praktische Bedeutung des trockenen Malleins, par FOTH** (*Deutsche Zeitschr. f. Thiermed., XIX et XX. et Hyg. Rundsch., IV, n° 17, p. 799*).

**II. — Einige Erfahrungen über die Anwendung des Malleins als diagnostisches Mittel, par SCHINDELKA** (*Oesterr. Zeitschr. f. wissenschaftl. Thierh., V, et Hyg. Rundsch., IV, n° 17, p. 802*).

**II. — Ueber Impfungen mit Mallein. par RUDOVSKY** (*Ibidem, p. 804*).

**IV. — Ueber den diagnotischer Werth des Malleins, par HUTYRA et PREISZ** (*Deutsche Zeitschr. f. Thiermed., XX, et Hyg. Rundsch., V, n° 1, p. 35*).

**V. — La malléine, par E. NOCARD** (*Revue d'hyg., XVI, p. 844*).

I. — Foth donne la préférence à la malléine sèche qui se conserve beaucoup mieux que l'humide ; au bout d'un an, elle a gardé encore toute son efficacité, lors même qu'elle a été temporairement exposée à une température de — 15°. Voici comment il la prépare. Dans du bouillon peptonisé de Löffler additionné de 4,5 0/0 de glycérine, il fait des cultures superficielles qui, mises à l'étuve à 37°,7, ne tardent pas à envahir toute la surface, se précipitent au fond et font place à de nouvelles cultures superficielles. La semence est fournie par des cultures morveuses sur agar provenant directement de mulots morveux. Au bout de 20 jours, les cultures mûres sont réduites, par évaporation, au 1/10 de leur volume, filtrées et le produit de cette filtration, parfaitement clair, est traité par 20 à 30 fois son volume d'alcool absolu. Ce précipité est recueilli et séché dans l'exsiccateur avec vide. Foth conclut : Tout cheval morveux réagit sous les injections tandis que dans la règle, les chevaux non morveux ne réagissent pas. Pour qu'il y ait réaction vraie, il faut une élévation régulière de la température d'au moins 1°,5 ; les phénomènes concomitants n'ont qu'une valeur conditionnelle. Quand des doses de malléine de 0,06 à 0gr,1 ne provoquent qu'une élévation de température de 1°,5 à 1°,9, la réaction est incertaine et nécessite une réinoculation. Toute élévation thermométrique, régulière, inférieure à 1°,4 et toutes les élévations irrégulières de la température ne doivent pas être considérées comme des réactions. Quand l'élévation régulière de la température ne dépasse pas 1°,4, une nouvelle inoculation est indiquée. Lorsqu'on a injecté une dose plus faible de malléine (4 ou 5 centigrammes), il faut une élévation d'au moins 1°,9 quoique la réaction soit sûre. Les doses de 6 et 7 centigrammes paraissent être les plus convenables. Durant 24 heures, la température de l'animal doit être prise de 2 en 2 heures. La deuxième inoculation ne doit être pratiquée qu'au bout d'une quinzaine au plus tôt, et même au bout de 4 à 6 semaines ; il n'est pas toujours indispensable d'en augmenter la dose. Au point de vue de la police vétérinaire, Foth recommande les mesures suivantes : Inoculation à tous les chevaux du groupe suspect. Abatage de tous ceux dont la réaction a été typique et atteint ou excède 2°. Désinfection. Séparation des chevaux qui n'ont pas réagi du tout de ceux qui n'ont eu qu'une réaction incertaine. Réinoculation après 4 à 6 semaines

et, le cas échéant, troisième inoculation au bout d'un même espace de temps. Suppression de l'isolement au bout de 3 mois.

II. — Schindelka rend compte d'injections de malléine pratiquées sur 503 chevaux dont 148 ont été autopsiés; les doses ont été de $0^{gr},04$ et $0^{gr},2$, mais de beaucoup les plus employées ont été celles de 5 et de 4 centigrammes. Schindelka formule ainsi le résultat de ses observations : Une réaction régulière, avec élévation de la température d'au moins 2°, indique certainement la morve. Les températures comprises entre 1°,3 et 1°,9, justifient le soupçon de cette maladie. Les chevaux qui n'offrent que des températures inférieures ne sont pas morveux. L'intensité de la réaction ne permet aucune conclusion sur l'étendue des lésions morbides; en général, les phénomènes réactionnels les plus marqués correspondent à des lésions encore récentes et isolées. Les chevaux suspects doivent être soumis à une nouvelle inoculation, qui n'aura pas lieu avant 1 ou 2 mois, car souvent il paraît se produire une accoutumance au médicament. Comme terme de comparaison, il vaut mieux choisir la dernière température prise avant l'injection, que la moyenne de plusieurs mensurations préalables. Les petites doses de malléine (4 et 5 centigrammes), ne provoquent presque aucun phénomène accessoire et jamais de réaction irrégulière; 5 centigrammes de la malléine de Foth semblent être la dose la plus convenable pour l'injection. En cas de réinoculation, l'augmentation de la dose n'accroît pas la certitude du résultat. Comme Foth et d'autres, Schindelka a vu des chevaux emphysémateux offrir la même réaction que les morveux; il a fait la même remarque pour les chevaux atteints de catarrhe des petites bronches.

III. — Rudovsky relate 38 inoculations de malléine de Foth à dose d'au moins 1 décigramme. 14 des 38 chevaux ont été trouvés morveux à l'autopsie et 13 seulement d'entre eux avaient présenté une réaction plus ou moins nette. Ainsi que Schindelka, Rudovsky a noté que ces hautes doses de malléine entraînaient aussi une élévation considérable de la température chez des animaux non morveux et d'un autre côté, il lui est arrivé, quelquefois, chez des chevaux morveux, de constater une élévation thermométrique moindre que 2°.

IV. — On ne connaît pas encore la malléine chimiquement pure; ce qu'on possède est un mélange de diverses substances parmi lesquelles se trouve la malléine; la teneur des différentes malléines empiriques en malléine chimiquement pure n'est pas constante; d'où la conséquence, qu'avant de s'en servir, il faut toujours essayer leur degré d'énergie. Preisz a vainement tenté de cultiver la malléine sur des liquides non albumineux, dans l'espoir de les purifier.

Hutyra et Preisz ont rassemblé de nombreuses statistiques allemandes et françaises sur les injections de malléine. Sur les 475 chevaux inoculés en Allemagne, 208 ont réagi et à l'autopsie, 199 (95,7 0/0) ont été trouvés morveux; sur 172 chevaux inoculés en France, 143 ont réagi et 142 d'entre eux (99,3 0/0) ont été trouvés morveux à l'autopsie. D'autre part, avec une malléine préparée par Preisz, il a été inoculé 486 chevaux. Hutyra et Preisz concluent : Quand la réaction n'est que de 1°,5 ou moindre, on n'en peut rien inférer; quand elle excède 1°,5, cela indique toujours de la morve. On peut considérer la réaction comme régulière, lorsque la température commence à monter de 4 à 6 heures après l'injec-

tion, atteint son maximum de la 8e à la 14e, rarement seulement à la 20e heure, et revient déjà à son point de départ dans l'espace de 24 à 36 heures Une température montant ou descendant plus rapidement, de même que celle dont le maximum persiste plus longtemps, doivent être envisagées comme des réactions irrégulières et ne peuvent être interprétées qu'avec une grande réserve. Comme Schindelka, Hutyra et Preisz ont constaté que la courbe caractéristique présentait 2 sommets, que le deuxième se montre de 16 à 22 heures après le premier, lorsque sans exception, l'ascension de la courbe est plus raide que sa descente. Les autres symptômes, locaux et généraux, ont une importance diagnostique bien inférieure à celle de la courbe thermométrique. Les injections de malléine ont été assez fréquemment suivies d'une exacerbation des lésions morveuses visibles : augmentation de la température, extension des nodules et ulcères, confluence de ces derniers, dyspnée, etc. De même que Pilavios, Hutyra et Preisz ont noté dans quelques cas de morve avancée une précipitation de la marche de la maladie. Parmi les chevaux inoculés, il en était d'atteints de gourme, de catarrhe de l'antre d'Highmore, de sarcomes, de phlegmons, de pleuro-pneumonie, d'ulcères avec lymphangites, de purpura, de bothryomycose ; aucun d'eux n'a réagi et n'a offert de morve à l'autopsie. En somme la malléine est le meilleur moyen de diagnostiquer la morve. Pour la préparer, on arrose des cultures morveuses, déjà noires et sèches, sur pommes de terre, avec un mélange de glycérine et d'eau additionné d'une faible quantité de sublimé. Après 10 ou 14 jours de séjour à l'étuve à 37°,5, on filtre et on stérilise pendant une heure à la vapeur. Le liquide ainsi obtenu se conserve plus de 6 mois sans stérilisation nouvelle ; la quantité de 3 à 5 dixièmes de centimètre cube suffit pour une dose.

V. — Avec Roux, Nocard a inoculé plus de 9,000 chevaux avec la malléine de l'Institut Pasteur, préparée de la façon suivante. On emploie comme unique semence un bacille morveux dont la virulence a été portée et se maintient au maximum par des passages continus sur le lapin; depuis 1891, on n'a pas cessé d'entretenir cette morve d'une extrême virulence ; avec la pulpe de la rate d'un lapin mort 36 ou 48 heures après une injection intra-veineuse, on ensemence plusieurs tubes de pommes de terre ; après 3 jours de séjour dans l'étuve à 37°, le produit d'une culture est délayé dans un peu d'eau bouillie, filtré sur toile et injecté dans la veine de l'oreille d'un lapin dont la rate servira à l'ensemencement d'autres pommes de terre ; et ainsi de suite. Pour préparer la malléine, les cultures sont faites dans un bouillon de veau ou de cheval renfermant 1/2 0/0 de sel marin, 1 0/0 de peptone et 5 0/0 de glycérine. On ensemence simultanément 25 ou 30 ballons contenant chacun 250 centimètres cubes de ce bouillon glycériné ; après 1 mois de séjour à l'étuve, les cultures sont stérilisées à l'autoclave, puis concentrées par évaporation au bain-marie, jusqu'au dixième de leur volume primitif, enfin filtrées sur papier Chardin : on obtient ainsi la malléine brute, liquide sirupeux, brun foncé, d'odeur un peu vireuse. Cette malléine brute, contenant 50 0/0 de glycérine, se conserve presque indéfiniment à l'abri de la lumière et de la chaleur; on l'emploie diluée au dixième ou au huitième, dans de l'eau phéniquée à 5 0/0, ou plus simplement, dans de l'eau bouillie; mais, dans ce dernier cas, la solution doit être utilisée aussitôt. Chez

les chevaux morveux : l'injection d'une quantité minime de malléine (1 1/4 de centimètre cube de la brute ou 2 centimètres cubes de la diluée au 1/8e) provoque une réaction caractéristique. En quelques heures, il se forme au niveau de l'injection, une tuméfaction volumineuse inflammatoire ; du contour de la tumeur partent des traînées lymphatiques, également chaudes et douloureuses. Quand la malléine est aseptique et l'injection faite aseptiquement, cette tumeur ne suppure jamais ; elle s'accroît pendant 24 à 36 heures et persiste pendant plusieurs jours; puis elle diminue lentement, pour ne disparaître qu'après 8 ou 10 jours. En même temps, se développent des phénomènes généraux de prostration plus ou moins intenses suivant les sujets et une réaction thermique. L'élévation de la température, déjà notable dès la huitième heure après l'injection, persiste longtemps et elle atteint le plus souvent son maximum entre la 10e et la 12e heure; parfois seulement vers la 15e; plus rarement vers la 18e heure. Fait important à noter : les phénomènes provoqués chez les chevaux morveux par l'injection de malléine sont longtemps persistants. Chez les chevaux sains, au contraire, l'injection de malléine, même à dose beaucoup plus considérable, est sans effet sur la température et l'état général; localement, apparaît une petite tumeur d'œdème inflammatoire qui disparaît complètement en moins de 24 heures. La réaction provoquée par la malléine permet d'affirmer l'existence de la morve; quand elle fait défaut, on peut être sûr que l'animal n'est pas morveux, quels que soient les caractères des lésions suspectes. Mais la malléine ne peut donner d'indications utiles qu'autant que l'on s'est mis à l'abri de toutes les causes d'erreur. Elle est inapplicable chez les animaux déjà fiévreux et chez ceux laissés aux intempéries : soleil, brouillard, pluie, vents, qui chez quelques chevaux font varier la température centrale. Nocard conclut que l'emploi systématique de la malléine constitue le moyen le plus sûr, le plus rapide et le moins onéreux de faire disparaître la morve. J. B.

**Des souillures microbiennes sur les feuilles d'observations et sur les registres hospitaliers, par TROUSKOLAVSKI** (*Thèse de St-Pétersbourg, 1894*).

Le papier servant aux feuilles d'observations et aux registres hospitaliers est à sa sortie de l'imprimerie presque indemne de microbes. Ce même papier, ayant servi autour des malades, mais conservé pendant 1 an et demi à 2 ans dans les archives, en caisse fermée, est également pauvre en microbes. Mais immédiatement après son séjour dans le voisinage des malades pendant quelques jours, les feuilles d'observations présentent en moyenne 43 germes par centimètre carré (maximum 244), les registres 28 germes par centimètre carré (maximum 86). Parmi ces microbes, l'auteur a trouvé une fois le bacille pyocyanique, 3 fois le bacille tuberculeux, 1 fois un bacille septique (sur 46 feuilles d'observations et 24 registres examinés).

Le virgule cholérique se conserve sur du papier stérilisé, à la lumière diffuse ou dans la demi-obscurité, 5 jours, 14 jours, suivant la provenance ; le bacille typhique, 63 jours, le bacille diphtérique, 38 jours, l'aureus, 98 jours. Cette durée se rapporte à la végétabilité. H. FRENKEL.

# PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

**The disorders of speech, par John WYLLIE** (*In-8°, 493 p., Edimbourg, 1894*).

L'ouvrage que publie W. présente pour le psychologue et le neuropathologiste un grand intérêt. Il embrasse en effet tous les troubles de la parole, depuis les désordres dus à un simple vice d'éducation jusqu'aux perturbations profondes engendrées par les lésions des organes centraux. La première partie de ce livre est consacrée à l'étude des troubles fonctionnels du mécanisme vocal : le bégaiement, l'aphonie hystérique, le mutisme. Ce n'est pas ici le lieu d'ouvrir une discussion, mais je ne crois pas que l'auteur ait bien saisi l'interprétation de Charcot, celle que j'ai adoptée, sur cette curieuse manifestation de l'hystérie. W. fait du mutisme un trouble de l'appareil vocal, se rapprochant de l'aphonie. Charcot pensait, et je suis de cet avis, qu'il s'agit là d'une aphasie vraie, d'une lésion centrale de nature psychique.

A côté de ces troubles hystériques, viennent les lésions du larynx, fatigues professionnelles, inflammations, paralysies.

Dans la deuxième partie, la plus intéressante au point de vue psychologique, W. passe en revue le développement du langage chez l'enfant, chez les diverses races, les métamorphoses subies au contact de la civilisation, l'origine du langage écrit, l'invention de l'imprimerie ; puis la voix dans les tares organiques intellectuelles, l'idiotie, l'imbécilité ; dans les altérations de l'audition, la surdité, amenant congénitalement ou par son apparition dans le bas-âge, la surdi-mutité.

Les aphasies, envisagées telles qu'on les observe dans les lésions des centres nerveux, forment la matière de la troisième et dernière partie de l'ouvrage. L'auteur a tiré partie des observations recueillies dans son service et des documents si nombreux publiés depuis vingt ans sur ce sujet dans la littérature médicale. Il est impossible de résumer en quelques mots l'analyse des divers chapitres consacrés à la description des formes de l'aphasie motrice, graphique, etc. On y trouvera l'exposé des connaissances modernes sur ce sujet complexe. L'ouvrage remarquable de W. se termine par une note sur trois cas d'aphasie et par la reproduction de sa thèse inaugurale sur la physiologie du larynx. A. CARTAZ.

**Leçons sur les maladies nerveuses, par E. BRISSAUD** (*Un vol., Paris, 1895*).

Ce volume comprend les trente principales leçons faites par l'auteur à la Salpêtrière comme suppléant de Charcot. Les premières sont consacrées à la sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Charcot. S'appuyant sur l'anatomie pathologique, Brissaud montre que cette maladie est un processus systématique au premier chef, et qu'elle est liée à la

dégénérescence d'un système constitué par l'ensemble des neurones, dont les cellules de cordon sont les centres et dont les fibres courtes du cordon latéral sont les prolongements. L'hérédo-ataxie cérébelleuse est peut-être très différente de la maladie de Friedreich (L. III et IV), mais sa localisation systématique est presque la même, à savoir les faisceaux pédonculaires issus du cervelet. Dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse c'est d'une atrophie pure et simple du cervelet qu'il s'agit. Dans le tabes combiné (L. V) la pauvreté du réseau vasculaire fourni par les artères radiculaires postérieures explique la localisation « pseudo-systématique » de la sclérose. Le tabes dorsal spasmodique (L. VI) doit être séparé de la maladie de Little ; il en diffère par son étiologie, son évolution et la nature de ses lésions. Le substratum anatomique de la maladie de Little est une atrophie par arrêt de développement du vaisseau pyramidal. L'irrigation défectueuse de la région du lobule paracentral expliquerait la prédominance des symptômes aux membres inférieurs. La syringomyélie (L. X) est une complication de lésions préexistantes, qui peut s'observer dans toutes les maladies de la moelle. Elle se traduit par une thermo-analgésie dont la répartition se fait par tranches, comme dans les paralysies hystériques. Cette disposition des troubles de la sensibilité s'explique par la persistance du métamérisme primitif dans l'axe médullaire et dans les renflements médullaires destinés aux membres. La syphilis spinale (L. XI) n'est qu'un mode d'évolution de processus inflammatoire chronique ; on peut y reconnaître des périodes, mais non des formes séparées. Dans le syndrome de Brown-Séquard (L. XII) l'auteur montre à l'aide de schémas très clairs comment la zone d'hypéresthésie est située plus bas du côté anesthésié que du côté paralysé. Le sens musculaire (L. XIII) ne peut être éveillé que par des contractions voulues, tandis que la notion de position des membres n'est acquise que par les organes de sensibilité tendineuse, fibreuse, articulaire. Le signe de Romberg est par excellence la preuve que le sens musculaire est aboli. Les arthropathies et les troubles trophiques (L. XIV) sont dus à des troubles profonds de toutes les sensibilités. On les retrouve dans le tabes sensitif, la syringomyélie à forme douloureuse, la paralysie générale avec complication de sclérose des cordons postérieurs. L'ophtalmoplégie en général (L. XVII), et les ophtalmoplégies sous-pédonculaires (L. XVIII), nucléaires (L. XIX) et névritiques (L. XX), permet à l'auteur d'exposer l'anatomie des noyaux bulbo-protubérantiels et des fibres motrices de l'œil. Le rire et le pleurer spasmodiques (L. XXI) se rencontrent dans certaines hémiplégies. Le centre de coordination du rire est dans le thalamus. Les lésions irritatives du faisceau géniculé produisent ce rire et ce pleurer spasmodique des hémiplégiques. La localisation d'une lésion, encore hypothétique, des centres nerveux chez les sujets atteints de paralysie agitante (L. XXII) parait être sous-thalamique ou pédonculaire. Le tic (L. XIV) est un acte cérébral cortical, c'est une maladie psychique. Le spasme est un acte exclusivement réflexe, d'origine spinale. Le tic est un mouvement systématisé, reproduisant, en l'exagérant, un acte physiologique appliqué à un but fonctionnel. Le spasme, au contraire, est un mouvement réflexe qui n'est pas systématisé dans un but fonctionnel. Le langage n'est pas seulement articulé, il est encore chanté. Il y a lieu de considérer l'aphasie d'intonation (L. XXV) à côté de l'aphasie d'articu-

lation. Elle n'est guère constatée isolément dans les affections corticales. Les centres de sensibilité corticale ont les mêmes localisations anatomiques que les centres de motilité, topographiquement parlant. Chaque hémisphère a des centres de représentation corticale pour les deux moitiés sensibles de l'individu (L. XXVI). Les voies nerveuses de la sensibilité après avoir subi une première décussation au-dessous du carrefour sensitif, en subissent une seconde au-dessus. Le syndrome est étudié dans la XXVII^e leçon. L'exothyropexie comme traitement de la maladie de Basedow fait l'objet de la XXVIII^e et de la XXIX^e. Enfin la XXX^e est consacrée à la comparaison du myxœdème, du crétinisme et de l'infantilisme. Il s'agit d'un trouble trophique général. L'atrophie du corps thyroïde fait l'idiot myxœdémateux. Quand le myxœdème est réduit au minimum, il fait l'infantilisme. P. S.

**Vertige, par Pierre BONNIER** (*In-18, Paris, 1894*).

Cette monographie offre de précieux détails sur l'anatomie et la physiologie des centres nerveux qui concourent à la production du vertige. L'auteur commence par étudier le sens de l'espace et la fonction physiologique en vertu de laquelle nous voyons les objets dans leurs rapports respectifs : c'est ce qu'il appelle l'orientation subjective. Celle-ci est déterminée par l'équilibre des diverses formes du sens de l'espace, lequel est à la fois d'ordre visuel, auriculaire et tactile. Toutes les impressions fournies par l'œil, l'oreille et le tact, relatives au sens de l'espace, sont centralisées dans le cervelet d'abord, puis dans le cerveau. L'auteur en déduit, par une analyse philosophique plutôt que physiologique, les rapports du sens de l'espace avec la sensibilité générale, la part qu'y prend le cerveau psychique, et les limites du domaine du sens de l'espace. Il analyse ensuite les phénomènes moteurs en corrélation avec ce sens de l'espace (images, attitude, orientation motrice) et finalement les rapports de ce sens avec la vie organique.

Ce long préambule psychologique lui permet d'analyser et de définir le vertige qui n'est que l'altération de l'orientation normale, après quoi il aborde la classification des vertiges.

Ceux-ci, pour lui, reconnaissent tantôt une origine simple, tantôt une origine complexe.

Sont imputables à une origine simple tous ceux qui dérivent d'un trouble initial d'un nerf crânien sensitif ou sensoriel ; ainsi les vertiges olfactif, optique, trijumeau, facial, labyrinthique et pneumogastrique. A cette catégorie se rattachent des vertiges bien plus mal définis, au moins cliniquement : tels les vertiges néphrétique, hémorroïdal, vésical, par exemple.

Les vertiges d'origine complexe sont ceux qui se rencontrent au cours des néphrites, de l'épilepsie, de l'hystérie, du goitre exophtalmique, du tabes, etc., et dans certaines maladies constitutionnelles ou toxiques, comme la grossesse, l'arthritisme et le diabète.

Autant l'analyse physiologique du vertige nous paraît ingénieuse, autant la partie clinique de l'ouvrage nous semble confuse. Ce n'est pas simplifier une question que de décrire trente variétés de vertige. Aussi comme conclusion, l'auteur arrive au scepticisme thérapeutique absolu :

tout le traitement tient en une page : c'est peu pour une monographie qui en contient plus de 200. H. RENDU.

**Ueber einseitige multiple Hirnnervenlähmung, par HOLZ** (*Berlin. klin. Woch., n° 24, p. 570, 11 juin 1894*).

Homme présentant les symptômes suivants rapportés à une tumeur de la base du crâne : obstruction des fosses nasales due à une voussure de l'extrémité postérieure des cornets inférieurs, surtout du gauche ; ulcération de la partie gauche de la voûte du pharynx nasal saignant facilement ; adénite suppurée sterno-mastoïdienne gauche. L'ulcération s'était montrée rebelle à tous les traitements depuis plusieurs mois, lorsque le malade fut brusquement pris de céphalalgie gauche, bientôt suivie d'une paralysie du moteur oculaire commun correspondant qui disparut à la suite de 16 injections de succinate de mercure. Mais au bout d'une quinzaine, elle reparaissait accompagnée d'une paralysie des deux premières branches du trijumeau. Un peu plus tard, il survint de l'œdème du côté gauche de la face, puis de la paralysie du moteur oculaire externe et du pathétique gauches, sans œdème de la papille ; ensuite, dans les 15 derniers jours, de l'ageusie gauche et de la parésie des masticateurs correspondants ; enfin, depuis 8 jours, de la paralysie du nerf auditif gauche. L'iodure de potassium, les injections et frictions mercurielles se montrant inefficaces, Holz croit à une tumeur maligne de la fosse moyenne gauche du crâne.

Dans la discussion, A. Fraenkel fait remarquer que, malgré l'impuissance du traitement antisyphilitique, on n'est pas autorisé à exclure l'hypothèse d'une gomme de la base du crâne. En effet, il a observé dernièrement un cas analogue.

Femme de 30 ans, entrée avec tous les symptômes d'une paralysie du moteur oculaire commun et du pathétique gauches avec œdème des deux papilles, céphalée violente, étourdissements. En dépit de ses dénégations, on la soumet aux frictions mercurielles qui la guérirent rapidement. Mais 6 semaines plus tard, elle rentrait avec les mêmes symptômes que précédemment et cette fois ni l'iodure de potassium, ni le mercure ne purent en venir à bout. Mort subite au milieu des phénomènes d'une épilepsie jacksonnienne droite. A l'autopsie, gomme au niveau du trou susorbitaire gauche avec envahissement de la fosse sylvienne gauche. J. B.

**Hémichorée symptomatique d'un foyer ocreux situé dans le noyau lenticulaire gauche et empiétant sur la capsule interne en arrière du genou, par SABRAZÈS** (*Médecine moderne, p. 1381, 7 novembre 1894*).

Homme de 78 ans, atteint depuis 3 ans, à la suite d'un éblouissement suivi de chute sans perte complète de connaissance, de mouvements choréiques occupant le membre supérieur droit ; ces mouvements involontaires et inces sants sont constitués par des alternatives de pronation et de supination forcées, avec extension et flexion successives des doigts ; ils débutent brusquement, s'exécutent avec une certaine lenteur, s'accompagnent de projection de l'avant-bras et du bras en arrière du tronc pendant la pronation, au devant de l'abdomen pendant la supination ; ces mouvements cessent de se produire pendant l'exécution des mouvements volontaires. Membre atteint un peu amaigri, de même que le membre inférieur correspondant, réflexe rotulien plus vif à droite qu'à gauche, pas de contracture, pas de modifications de la sensibilité.

A l'autopsie, foyer de ramollissement jaune ocreux du volume d'une noisette dans la moitié externe du noyau lenticulaire gauche, empiétant un peu

sur la capsule externe, mais n'atteignant pas l'avant-pied. Ce foyer intéresse toute la hauteur du noyau, il s'étend au delà de son angle interne en s'amincissant, se prolonge jusqu'en arrière du genou de la capsule interne sans atteindre la face opposée de la couche optique. Pas d'autre lésion de l'hémisphère gauche. GEORGES THIBIERGE.

**Le langage, la parole et les aphasies, par FERRAND** (*In-18, Paris, 1894*).

Ce très intéressant volume se divise en trois parties. La première comprend la physiologie de l'exercice du langage, expliquée au moyen d'un schéma fort ingénieux qui rend compte de toutes les phases de cet acte intellectuel complexe. Pour qu'il y ait langage, il faut : 1° un appareil de réception centripète qui partant des organes des sens se rend au système nerveux central, où il rencontre un premier centre de collection ou d'élaboration sensorielle ; 2° cet appareil se complète par un autre ensemble parallèle au précédent, mais centrifuge : c'est l'appareil d'expression. Comme le premier, il se compose à la fois d'un centre de coordination motrice, et d'un appareil moteur périphérique.

Ainsi se trouve réalisé le plus simple des langages, le langage réflexe, ordinairement mimique; parfois pourtant phonétique, mais purement automatique.

Le plus souvent, à ce complexus d'opérations s'en ajoute un autre. Les sensations verbales, auditives, visuelles ou motrices, collectées en un centre spécial, sont transmises à un centre supérieur psychique et modifiées par les opérations intellectuelles proprement dites (mémoire, comparaison, imagination, etc.). C'est la parole spontanée, réfléchie et non plus réflexe.

La seconde partie comprend l'histoire de la pathologie du langage et des diverses aphasies. Celles-ci, bien connues et devenues classiques, sont de plusieurs ordres : les aphasies motrices, répondant aux désordres de la mimique, de la parole entendue et de l'écriture lue : les aphasies sensorielles, constituées par la surdité, la cécité verbale et l'akinésie verbale : enfin les aphasies psychiques, qui correspondent à une partie des amnésies verbales.

La dernière partie du volume est consacrée aux relations qui existent entre l'intelligence et la parole.

La conclusion de l'auteur est que pour le langage, il faut des centres cérébraux adaptés par l'éducation et l'exercice de la fonction ; mais que cela ne suffit pas : il y a, dans la parole intelligente, quelque chose qui domine les aptitudes organiques les plus relevées, et qui ne saurait être confondu avec elles. H. R.

**Des aphasies, rapports de BERNHEIM (de Nancy) et PITRES (de Bordeaux)** (*Congrès de Lyon, Gazette hebd. Paris, novembre 1894*).

I. — Rapport de Bernheim (de Nancy). — Conclusions :

1° La seule localisation anatomique bien démontrée est celle du pied de la troisième circonvolution frontale gauche, dont la destruction produit l'aphasie motrice. Il ne faut pas en conclure que cette région soit le centre des images motrices d'articulation : ce peut n'être qu'un lieu de passage des fibres nerveuses qui transmettent l'image acoustique du mot aux noyaux bulbaires des nerfs qui président à la parole articulée ;

2° La localisation de l'agraphie au pied de la circonvolution frontale gauche n'est pas suffisamment démontrée ;

3° La première circonvolution temporale joue un rôle dans le mécanisme de l'évolution des images acoustiques, mais ne représente pas un centre : sa destruction ne supprime pas ces images ;

4° De même pour le lobule pariétal inférieur, le pli courbe et le lobe occipital, qui sont des lieux de passage et non des centres véritables pour l'évocation des images visuelles ;

5° L'existence de centres affectés aux mémoires sensorielles n'est pas démontrée. La spécificité de chaque représentation mentale peut être due, non à une localisation cellulaire, mais à la spécialité de l'impression qui l'a créée. Les mêmes cellules cérébrales peuvent fournir des perceptions visuelles, audition, gestation, etc. ;

6° Il faut conserver le terme d'aphasie et d'agraphie amnésiques, qui sont dues, non à la perte de l'image vocale ou graphique des mots, mais à la difficulté de les évoquer.

II. — Le rapport de *Pitres* (de Bordeaux) a trait spécialement à l'agraphie.

1° Pitres admet l'existence d'un centre cortical spécial dans lequel se conservent les images motrices graphiques : ce centre paraît situé dans le pied de la deuxième circonvolution frontale gauche.

Le voisinage de ce centre et de la circonvolution de Broca explique l'association fréquente de l'aphasie et de l'agraphie motrices : mais ces deux symptômes peuvent se rencontrer isolément ;

2° Il existe des agraphies sensorielles, de même que des aphasies sensorielles. Elles correspondent à des lésions de la région du pli courbe, et sont associées à des phénomènes de cécité verbale ;

3° Dans les agraphies sensorielles, la faculté d'écrire est atteinte ou abolie dans toutes ses modalités (écriture spontanée — sous dictée — d'après modèle) pour les deux mains. Dans l'agraphie motrice pure, la faculté de copier est habituellement conservée.

L'aphasie sous-corticale est un symptôme différent de l'aphasie motrice par la conservation intégrale de la notion idéale et de la représentation phonétique des mots, et par un trouble de l'articulation rendant la parole bredouillée et inintelligible.

La lésion qui lui donne naissance siège d'ordinaire à la partie moyenne de la capsule interne, et non dans le centre ovale sous-jacent à la circonvolution de Broca : cette dernière lésion donne de l'aphasie corticale motrice vraie. H. R.

**Épilepsie Bravais-jacksonnienne avec paralysie longtemps limitée au membre supérieur, par J.-B. CHARCOT** (*Méd. moderne, p. 1605, 26 décembre 1894*).

Homme de 50 ans, atteint pendant 15 mois d'attaques épileptiques à début brachial droit ; paralysie du membre supérieur droit, puis parésie du membre inférieur du même côté et de la moitié droite de la face. A l'autopsie, sarcome à point de départ évidemment méningé, situé dans la partie supérieure du sillon de Rolando, envahissant les deux tiers supérieurs de la frontale ascendante, comprimant le pied de la 1re et de la 2e frontale, s'arrêtant en bas un peu au-dessus du genou de la frontale ascendante, comprimant en arrière

toute la moitié antérieure des deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante; le lobule paracentral proprement dit n'est pas touché par la tumeur.

GEORGES THIBIERGE.

**Spasme clonique unilatéral des muscles de la déglutition chez un hémiplégique, par SCHEINMANN** (*Berlin. klin. Woch., n° 34, p. 792, 20 août 1894*).

Homme dans la quarantaine d'âge, ayant contracté la syphilis il y a six mois et n'ayant subi qu'un traitement insuffisant. Trois mois plus tard, il eut une attaque d'apoplexie et, actuellement encore, l'hémiplégie gauche est très nette. Outre des ulcérations pharyngiennes de caractères spécifiques, il présente une paralysie de la moitié droite du palais. De plus, le pilier palato-pharyngien gauche, la paroi pharyngée postérieure et le côté gauche du voile palatin sont le siège de mouvements successifs, mais non simultanés, se répétant 160 fois par minute et correspondant aux contractions des muscles pendant la déglutition. Les mouvements du pilier se font en dedans; ceux du voile palatin l'élèvent légèrement; ceux de la paroi du pharynx sont sinon les plus énergiques, au moins les mieux visibles, et s'étendent jusqu'au vestibule du larynx, en entraînant un peu en haut et à gauche la muqueuse du pharynx. Les mêmes mouvements se trouvent dans le larynx au niveau du cartilage aryténoïde et de la vraie corde vocale gauche. Extérieurement, on n'aperçoit rien d'anormal au niveau du cou, tandis que la tête dans son entier exécute de temps en temps un mouvement saccadé peu sensible.

J. B.

**Ueber einen Fall von primärer systematischer Degeneration der Pyramidenbahnen, etc..... (Sur un cas de dégénération primitive systématique des faisceaux pyramidaux avec l'aspect clinique d'une paralysie spasmodique généralisée), par Ad. STRUEMPELL** (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenh. V, 2 et 3, p. 225*).

Femme de 63 ans chez laquelle, sans cause connue, on vit évoluer en moins d'un an et demi une paralysie spasmodique généralisée, qui finit par atteindre les muscles de la face et ceux des yeux. Il n'y avait aucune trace d'amyotrophie. La sensibilité resta intacte. A l'autopsie on constata une dégénération des faisceaux pyramidaux croisés depuis et y compris la capsule interne jusque dans les régions inférieures de la moelle. Dans le centre ovale et au niveau des circonvolutions motrices on ne constatait aucune altération, non plus que dans la substance grise médullaire. Les nerfs périphériques étaient intacts, les muscles présentaient quelques fibres atrophiées et une augmentation des noyaux.

Strümpell, malgré l'absence d'amyotrophies pendant la vie et de lésions de la substance grise, pense qu'il s'agit là d'une forme de sclérose latérale amyotrophique. A ce propos il indique sa manière de comprendre les diverses dégénérations systématiques du faisceau pyramidal.

PIERRE MARIE.

**Traumatic affections of the cervical region of the spinal cord simulating syringomyelia, par J. Hendrie LLOYD** (*Journal of nervous and mental diseases, p. 345, juin 1894*).

Deux observations d'hommes chez lesquels à la suite d'un traumatisme ayant porté sur la région cervicale de la moelle on vit se produire des symptômes très analogues à ceux de la syringomyélie, notamment de la thermo-anesthésie et analgésie sur une moitié du corps. Lloyd à ce propos

rappelle les principales théories ayant cours sur la conduction de la sensibilité dans la moelle. Il déclare qu'en l'absence d'autopsie on ne peut se prononcer d'une façon précise sur le siège des lésions dans ses deux observations, mais que peut-être celles-ci pourraient montrer que la thermo-anesthésie peut survenir en dehors des lésions de la substance grise. PIERRE MARIE.

**Affection médullaire chronique, mélange de syringomyélie et de lésion systématique, par H. REINHOLD** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 36*, *p. 836*, *3 septembre 1894*).

Autopsie d'un homme de 44 ans ayant, à l'âge de 16 ans, été pris sous une meule. Il avait eu d'abord pendant 9 mois une paralysie des quatre membres qui s'améliora ultérieurement. En 1890, parésie spontanée des bras et des jambes avec exagération des réflexes et troubles de la sensibilité des membres supérieurs et signe de Remberg ; trouble spécial de la coordination. Ni atrophies musculaires, ni troubles trophiques ou vasomoteurs.

Epaississement de la pie-mère médullaire. Lésion des cordons latéraux et postérieurs sur toute leur longueur. A mi-hauteur de la moelle cerviale, commence une excavation sous forme de fente transversale dans la région de la commissure postérieure. Cette cavité s'étend en haut en s'élargissant jusque un peu au-dessus de l'entrecroisement des pyramides où elle semble se continuer dans le canal central dilaté. J. B.

**I. — Ueber hereditäre Ataxie (Friedreich'sche Krankheit) Zweiter Artikel, par H. SENATOR** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 28*, *p. 639*, *9 juillet 1894*).

**II. — Vorstellung eines Falles von Friedreich'scher Krankheit, par EWALD** (*Ibid.*, *n° 32*, *p. 746*, *6 août 1894*).

**III. — Erwiderung auf den zweiten Artikel von Senator....., par Fr. SCHULTZE** (*Ibid.*, *n° 33*, *p. 760*, *13 août 1894*).

**IV. — Bemerkung zu Prof. Schultze's Erwiderung, par H. SENATOR** (*Ibid.*, *p. 764*).

I. — Complément et suite de l'observation rapportée par Senator (*R. S. M.*, XLIII, 532). Quinze mois plus tard, le jeune homme de 20 ans, chez lequel l'affection avait débuté 5 ou 6 ans auparavant, se trouvait dans l'état suivant: Bon état de la nutrition, compréhension difficile. Pour éviter les vacillations en marchant, il appuie volontiers les mains et les genoux contre un objet fixe ; l'occlusion des yeux aggrave le phénomène. Le malade écarte davantage les jambes, frappe le sol des talons et est vertigineux, surtout dans les conversions. La station sur une seule jambe, surtout sur la droite est pénible. En dehors du nystagmus dans les regards latéraux, rien à signaler du côté de la tête. Un certain degré d'ataxie s'observe aux membres supérieurs. En revanche, même les yeux fermés, il atteint avec le doigt les différentes parties de son corps qu'on lui désigne. Ecriture normale ; ni contractures, ni mouvements fibrillaires. Musculature atrophiée. Réflexes rotuliens irrémédiablement disparus à droite, tandis qu'à gauche on les réveille incomplètement par le procédé de Jendrassik. Absence des réflexes du tendon d'Achille et du crémaster ; vivacité de ceux des téguments abdominaux. Les troubles de la sensibilité se bornent à ce que sur le dos du pied l'impression du froid est perçue comme humidité et à ce que, les yeux clos, le malade a de la peine à reconnaître les objets qu'on lui place dans les mains, surtout dans la droite. Fonctions sphinctériennes normales ; ni scoliose, ni extension exagérée des orteils au repos.

Se fondant sur l'insignifiance de l'ataxie dans les mouvements, relativement au degré considérable de l'ataxie statique et sur la non entière

disparition des réflexes rotuliens, Schultze (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde*, V) a mis en doute le diagnostic de maladie de Friedreich ; Senator s'attache à le justifier, en même temps qu'il rapporte l'observation de la sœur de ce malade.

Femme de 38 ans (et non de 32, comme l'avait dit son frère), chez laquelle l'affection a commencé, comme chez lui, par une démarche titubante, à l'âge de 18 ans, 3 ans avant l'établissement de la menstruation. Actuellement, elle passe sa vie accroupie soit dans son lit, soit sur un banc qui lui sert en même temps de table, et ayant le dos appuyé. Elle ne peut se mouvoir que les mains appuyées contre le mur ou soutenue sous les bras et son corps vacille alors fortement. Légère contracture des genoux. Absence des réflexes rotuliens. Sensations de fourmillements et de froid dans les jambes, surtout dans la gauche qui est toute livide et froide au toucher. L'ataxie des mains, sans être considérable, est plus marquée que chez le frère. Ni atrophie, ni contractions fibrillaires. Les yeux fermés, elle reconnaît mal les objets même volumineux placés dans ses mains. Aux pieds, surtout au gauche, les piqûres et les différences de température sont mal perçues. Léger strabisme convergent à l'œil droit et nystagmus dans les mouvements latéraux. Etat normal des sphincters et de la parole.

Il y a également divergence entre Senator et Schultze sur la nature de l'ataxie héréditaire de Friedreich. Tandis que le premier la considère comme le résultat d'une atrophie congénitale, totale ou partielle du cervelet et vraisemblablement aussi de la moelle, le second la tient pour une dégénération combinée des cordons médullaires.

II. — Ewald, se rangeant du côté de Senator, n'hésite pas à faire rentrer dans la maladie de Friedreich le fait suivant : Jeune fille de 16 ans, sans tare héréditaire. Début à l'âge de 7 ans par de la faiblesse des pieds ; par intervalles, les phénomènes sont plus ou moins marqués, mais dans l'ensemble, on note cependant une évolution progressive. Développement physique en retard, scoliose ; station debout impossible au repos, sans vacillement et imminence de chute. Mouvements choréiques et ataxie des membres supérieurs. Tendance au nystagmus horizontal dans les mouvements latéraux des yeux. Nulle part de contractions fibrillaires. Sensibilité intacte. Abolition absolue des réflexes rotuliens et d'Achille, conservation des réflexes abdominaux ; pas de trépidation épileptoïde du pied. La démarche titubante rappelle celle d'un oiseau prenant son essor ; tendance continue à s'incliner sur la gauche. Sans être spasmodique, la marche a quelque chose de raide, vu le peu de flexion des genoux. Extension exagérée des gros orteils et voussure anormale de la plante des pieds quand les jambes sont pendantes. Intelligence, excitabilité électrique, fonctions sphinctériennes normales. Parole un peu traînante. Les mouvements choréiques sont moins accusés qu'au début.

III. — A l'inverse de Senator et d'Ewald, Schultze ne voit pas dans la maladie de Friedreich une entité simplement clinique ; toutes les ataxies héréditaires ne doivent pas y rentrer, car la maladie de Friedreich présente des lésions médullaires et radiculaires. Les cas, comme ceux de Senator, représenteraient la forme cérébelleuse de l'ataxie héréditaire, celui de Menzel (*R. S. M.*, XXXVIII, 645) la forme cérébello-spinale, et les cas typiques de Friedreich, la forme spinale de l'ataxie héréditaire.

IV. — Senator s'en remet aux lecteurs du soin de décider si l'affection qu'il a décrite chez le frère et la sœur rentre ou non dans le cadre de la maladie de Friedreich (*R. S. M.*, XI, 524 ; XVIII, 525 et 526 ; XXXI, 103 ; XXXII, 132 et 188 ; XXXIII, 111 et 496 ; XXXIV, 523 ; XXXVI, 120 et 463 ; XXXVIII, 467 : XLI, 134 ; XLII, 537 et 595). J. B.

**Des troubles de la sensibilité du globe oculaire et de ses annexes dans l'ataxie locomotrice, par E. BERGER** (*Médecine moderne, p. 1445, 21 novembre 1894*).

On peut observer dans le tabes des troubles très variés de la sensibilité du globe oculaire et de ses annexes : diminution de la sensibilité de la cornée dont l'attouchement ne produit plus le clignotement; anesthésie partielle de la conjonctive au toucher ou à des irritations thermiques; anesthésie péri-orbitaire ; fausse localisation des sensations provoquées par l'attouchement de ces différentes régions. Il n'y a aucun rapport entre la présence de ces troubles et celle d'une atrophie optique d'origine tabétique; mais la coexistence de ces troubles et de l'atrophie optique est une forte présomption en faveur de l'origine tabétique de l'atrophie.

GEORGES THIBIERGE.

**Deux cas anormaux d'arthropathie tabétique de la hanche, par L. LÉPINE** (*Lyon méd., 17 février 1895*).

Deux cas intéressants de tabes avec arthropathie coxo-fémorale; chez le premier malade il se produisit une rupture de la synoviale et une collection sous le fascia lata, à la région externe de la cuisse. La collection ouverte donna issue à un liquide non louche, filant, ressemblant à de la synovie.

Dans le second cas, même formation de tumeur fluctuante, mais à l'aine; l'ouverture donna issue encore à de la synovie. On n'a pas encore signalé cette collection de synovie, à distance de l'articulation. A. CARTAZ.

**Arthropathies syringomyéliques, par Paul LONDE et J. PERREY** (*Nouv. icon. de la Salpêtrière, nos 4 et 5, p. 232, 286, 1894*).

Les arthropathies syringomyéliques peuvent affecter toutes les grandes articulations, mais se localisent de préférence à celles du membre supérieur et notamment à l'épaule; elles peuvent être bilatérales, mais siègent le plus souvent d'un seul côté. Leur fréquence au cours de la syringomyélie est de 10 0/0 d'après Sokoloff.

Leur apparition peut être précoce; en tous cas, elles appartiennent à la première période de la maladie. Une douleur localisée annonce dans certains cas, à longue distance, la manifestation articulaire; comme prodromes immédiats, on a signalé des troubles trophiques cutanés dans la région de l'article menacé.

Le début est souvent brusque; on observe habituellement l'arthropathie à forme d'hydarthrose, mais, fait essentiel, le gonflement est absolument indolore. La tuméfaction est à la fois périarticulaire et articulaire. Au bout de quelques semaines ou d'un temps plus long, l'hydrarthrose guérit, et l'on découvre alors des lésions articulaires profondes (craquements, laxité des ligaments, déformations osseuses, etc.).

Quand une autre articulation se prend, c'est habituellement du même côté que la première. A côté des cas où la douleur fait défaut, il faut signaler les faits exceptionnels où la douleur a été le phénomène prédominant et même exclusif. Par contre, les troubles objectifs de la sensibilité sont constants au niveau de l'articulation; on observe la dissociation de la sensibilité caractéristique de la syringomyélie. Les déformations articulaires consécutives revêtent deux formes : une forme atrophique, rare; une forme hypertrophique, plus commune.

L'évolution chronique des arthropathies syringomyéliques peut être brusquement modifiée par l'apparition insolite de la suppuration (7 cas observés). Il est permis d'incriminer, pour l'expliquer, une infection dont le point de départ serait les solutions de continuité, si fréquentes aux extrémités supérieures. Des cas où la suppuration est tardive, il faut séparer ceux où la suppuration a lieu d'emblée, sans réaction locale, ni générale et dont le pronostic est relativement bénin, car l'arthrotomie amène leur guérison, tandis que la mort peut survenir dans les arthropathies avec arthrite infectieuse.

Les lésions osseuses ne diffèrent pas de celles que l'on observe dans d'autres arthropathies d'origine trophique.

Le diagnostic, facile quand la syringomyélie est confirmée, est très délicat dans le cas contraire. Ces arthropathies syringomyéliques se distinguent surtout des tabétiques par leur siège au membre supérieur, leur unilatéralité, tandis que le tabes atteint de préférence les articulations du membre inférieur et souvent symétriquement; elles s'en distinguent encore par la dissociation localisée de la sensibilité. G. LYON.

**Recherches sur la symptomatologie de la paralysie unilatérale du pneumogastrique, par D. GOUREIN** (*Thèse de Genève, 1894, et Revue méd. Suisse romande, XIV, n° 5, p. 336, mai 1894*).

La paralysie pneumogastrique unilatérale ne donne aucun symptôme pathognomonique, soit du côté du tube digestif, soit du côté des poumons ou du cœur. Mais un symptôme constant et persistant, c'est l'altération de la voix et la position intermédiaire de la corde vocale correspondante.

Conséquemment, si un malade présente une altération de la voix et que le laryngoscope révèle la position intermédiaire de la corde vocale correspondante, il peut exister une paralysie unilatérale du vague ou de ses racines, à condition qu'on puisse exclure les maladies périphériques produisant les mêmes effets. S'il y a en même temps une paralysie du muscle crico-thyroïdien pendant le cri ou la phonation, cette maladie se trouve plutôt au-dessus de l'origine du laryngé supérieur. Si la sensibilité de la muqueuse de la partie supérieure du larynx existe, il faut exclure, comme siège de la paralysie, les racines supérieures qui appartiennent proprement au vague. J. B.

**Beitrag zur Kenntniss des Faserverlaufs, etc..... (Contribution à l'étude de la disposition des fibres dans le plexus brachial), par Johannes MUELLER** (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenh., V, p. 115*).

Il s'agit d'un homme de 40 ans qui fut pris progressivement de paralysie atrophique complète des petits muscles de la main droite, ainsi que des muscles fléchisseur commun profond et superficiel des doigts, fléchisseur long du pouce, du long abducteur et du court extenseur du pouce, avec atrophie et paralysie incomplète des autres extenseurs des doigts. Abolition de la sensibilité depuis le bout des doigts jusqu'au coude. Troubles trophiques et vasomoteurs au niveau des parties anesthésiées. Grippe, scoliose, ptosis, myosis, rétraction du globe oculaire. La cause de ces troubles divers est un ostéome de la première côte, ayant déterminé, d'après l'auteur, une compression isolée

de la 8e racine cervicale et de la 1re dorsale. Müller part de cette observation pour discuter certains points de la composition du plexus brachial.

PIERRE MARIE.

**La paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale, par A. HALIPRÉ** (*Thèse de Paris, 1894, et Presse méd., 1895*).

L'auteur confirme cette notion qu'il existe une paralysie pseudo-bulbaire d'origine exclusivement cérébrale. La coexistence de lésions cérébrales et de petits foyers lacunaires intra-bulbaires ne justifie pas dans un cas donné la mention anatomo-pathologique de paralysie cérébro-bulbaire, car des lésions lacunaires s'observent dans le bulbe de sujets athéromateux n'ayant présenté pendant la vie aucun symptôme bulbaire selon l'A. La paralysie pseudo-bulbaire est une affection spéciale, essentiellement caractérisée par l'abolition des actes psycho-réflexes élaborés dans les noyaux gris sous-corticaux qui reçoivent l'impulsion première de l'écorce, ainsi que paraît le montrer le développement du cerveau. Une lésion unilatérale limitée aux centres réflexes d'un hémisphère ne produit habituellement qu'une paralysie pseudo-bulbaire passagère, car dans chaque hémisphère les noyaux gris peuvent assurer le fonctionnement des deux moitiés du bulbe.

Au point de vue clinique, la paralysie pseudo-bulbaire se distingue de la paralysie bulbaire vraie par son début brusque, par l'absence d'atrophie des muscles, l'absence de contraction fibrillaire et de réaction de dégénérescence. On peut encore noter l'émotivité du sujet, la régression de certains symptômes au cours de la maladie, la disproportion entre les troubles moteurs et les troubles fonctionnels.

Dans les cas classiques, la lésion est limitée aux deux putamens. Elle respecte le faisceau cérébro-bulbaire. L'intégrité de ce faisceau permet au cerveau d'exercer son action sur le bulbe. Ainsi s'exécutent au commandement les mouvements simples, alors que les mouvements coordonnés sont entraînés par la destruction des centres de coordination fonctionnelle situés dans les ganglions centraux.

Au point de vue anatomique, les lésions sont corticales ou centrales. Les lésions corticales ont pour siège la partie inférieure de la frontale ascendante et le pli de passage réunissant la troisième frontale à la frontale ascendante. Les lésions centrales relèvent des artères perforantes et surtout des perforantes antérieures. Elles portent sur les deux putamens ou sur leur faisceau efférent et sur le segment antérieur de la capsule interne. Ce sont les lésions essentielles. Elles font de la paralysie pseudo-bulbaire une maladie tributaire de l'artère sylvienne.

Les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre de déterminer la part exacte qui revient à cette affection dans la genèse des paralysies pseudo-bulbaires. P. S.

**I. — Du rôle de la barbe dans l'étiologie de la paralysie faciale à frigore, par CHABBERT** (*Progrès méd., 17 novembre 1894*).

**II. — Du rôle de la barbe dans l'étiologie de la paralysie à frigore, par BIOT** (*Lyon méd., 20 janvier 1895*).

I. — L'auteur montre d'abord que la paralysie faciale à frigore est beau-

coup plus fréquente chez la femme que chez l'homme (12 contre 2, d'après Pitres) et il admet que ce fait est dû à l'absence du revêtement pileux protecteur; dans 4 observations recueillies chez des hommes, tous étaient rasés.

II. — Quatre observations à l'appui des faits de Chabbert, 2 chez des femmes, une chez un prêtre, rasé tous les jours, l'autre chez un homme qui ne portait que la moustache. H. L.

**Ueber Polyneuritis puerpueralis, par M.-A. LUNZ** (*Deutsche med. Woch., n° 47, p. 886, 1894*).

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de polynévrite puerpérale. Il s'agit d'une femme de 24 ans, qui, après un accouchement normal et sans autre complication qu'une petite déchirure périnéale, présenta des phénomènes de paralysie rappelant le type de la paralysie diphtéritique. Le voile du palais, les yeux, les extrémités supérieures et ensuite les inférieures furent successivement affectées; la durée fut d'environ deux mois, la malade guérit. 17 observations de polynévrite puerpérale ont été publiées; la plus grande partie est due à Mœbius.

Ces observations, au point de vue étiologique, se rangent en 3 groupes : 1° polynévrite d'origine infectieuse; 2° polynévrite d'origine cachectique; 3° polynévrites dans lesquelles l'accouchement paraît avoir agi directement sur le système nerveux sans que l'on puisse invoquer l'influence d'une infection locale ou d'un état général cachectique. H. DE BRINON.

**La résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine, ou mal perforant buccal, par BAUDET** (*Union méd., 8 novembre 1894*).

Un homme de 40 ans a eu à 20 ans un chancre syphilitique suivi de quelques papules frontales. En décembre 1892, il éprouve une sensation d'agacement dans la gencive du côté droit à la mâchoire supérieure; il enlève la première molaire qui remuait avec la pointe de son couteau; il put ainsi enlever peu à peu toutes les dents de sa mâchoire supérieure; la chute de chacune d'elles s'accompagnait d'une hémorragie assez abondante, toutes ces dents paraissaient saines. Pendant toute cette période, le malade éprouva une névralgie faciale du côté droit, avec tic douloureux, et accompagnée pendant 3 jours d'un œdème des lèvres et du menton. En outre des dents, le malade put s'enlever sans douleur des fragments osseux de son maxillaire supérieur, une vingtaine; actuellement, le rebord alvéolaire de la lèvre supérieure a disparu; sur les bords de la voûte palatine, qui est réduite à une lame plane, triangulaire, il existe deux perforations, l'une à droite, petite, permet l'introduction d'un stylet dans le sinus maxillaire, l'autre, large, pénètre aussi dans le sinus. Anesthésie de la muqueuse autour des perforations.

Le malade avait eu 15 ans auparavant quelques douleurs térébrantes, surtout aux genoux et aux coudes, et il présente le signe d'Argyll Robertson. H. L.

**La maladie de Morton, par BOSC** (*Archives gén. de méd., juillet et août 1894*).

La maladie de Morton est une affection douloureuse localisée à une partie limitée de la région antérieure du pied, et, dans la grande majorité des cas, à l'articulation métatarso-phalangienne du 4e orteil.

Elle est caractérisée, au point de vue des symptômes, par des crises

douloureuses siégeant au niveau d'uue articulation métatarso-phalangienne. Ces crises apparaissent brusquement pendant la marche et disparaissent dès que le pied est au repos.

Les crises ont une durée variable : depuis plusieurs heures jusqu'à une journée entière. Elles sont souvent espacées, ne se montrant qu'à de longs intervalles. D'autres fois, elles surviennent tous les 2 ou 3 jours. Les crises s'accompagnent d'un état d'anxiété et d'angoisse.

L'examen du pied montre qu'il n'existe aucune lésion locale. Par contre, l'articulation métatarso-phalangienne est le siège d'une hyperesthésie au contact très marquée.

La maladie de Morton a une évolution essentiellement chronique. Au point de vue de sa nature, la maladie de Morton paraît être une névrose paroxystique du pied et constitue un syndrome ayant des rapports de parenté avec la neurasthénie. RICHARDIÈRE.

**On a new type of neurasthenic desorder, angio-paralytic or « pulsating » neurasthenia, par DANE** (*Journ. of the Amer. med. Ass.*, *26 janvier 1895*).

Sous la dénomination de neurasthénie angio-paralytique ou « pulsatile », D. décrit une forme de neurasthénie, dont il donne ici 4 exemples cliniques, se caractérisant spécialement par une sensation des pulsations qu'accuse le malade, sensation dont il a constamment conscience, sauf pendant le sommeil. Bien que la tension artérielle soit normale et le rythme cardiaque à peine accéléré, le patient « sent battre ses artères » continuellement quoique sans palpitations paroxystiques comme dans la maladie de Basedow dont on ne trouve du reste pas de traces. Il peut exister ou non du tremblement, un léger degré de dermographisme et une pulsation épigastrique assez forte. La compression de la carotide suspend la neurasthénie pulsatile dans le côté correspondant de la tête. Dans la règle, les malades sont atteints d'insomnies, de névrosisme et de dépression mentale. CART.

**Un cas de pneumonie du vague, par HANOT** (*Soc. méd. des hôpitaux*, *14 décembre 1894*).

Un vieillard de 70 ans est pris 8 jours avant son entrée à l'hôpital d'un essoufflement excessif; on constate alors une extrême dépression et de la bronchite diffuse ; un mois après le malade s'étant cachectisé, il survient une pleuro-pneumonie de la base droite qui a amené la mort au bout d'une douzaine de jours, à l'autopsie on trouve un litre de liquide jaune dans la plèvre droite, limitée par d'épaisses fausses membranes ; le lobe inférieur du poumon droit transformé en éponge pleine de pus verdâtre, non odorant ; après lavage on voit que ce lobe est transformé en un bloc caséiforme avec débris de parenchyme nécrosé et segments de bronches disséquées. Au hile existe un néoplasme comprimant et réduisant au tiers la bronche lobaire inférieure ; le nerf pneumogastrique droit s'enfonçait dans le tissu néoplasique, en arrière de la grosse bronche et disparaissait au milieu du néoplasme (épithéliome à cellules cylindriques). H. L.

**Les déterminations pneumococciques pulmonaires sans pneumonie, par DUFLOCQ** (*Arch. gén. de méd.*, *novembre 1894*).

Les déterminations pulmonaires pneumococciques peuvent s'établir dans

certains états cérébraux, à la faveur de simples troubles vasculaires persistants. L'infection pneumococcique se développe alors grâce aux lésions préétablies de la bronchite chronique et de la sclérose pulmonaire.

RICHARDIÈRE.

**Metapneumonic empyema, par WITHINGTON** (*Boston med. and surg. Journal, 3 janvier 1895*).

Un grand nombre de pleurésies purulentes sont d'origine pneumonique. W. en rapporte ici 13 cas de l'étude desquels il tire les conclusions suivantes : dans toutes les pneumonies où la dyspnée suit la crise de défervescence, il y a lieu de penser à un épanchement intra-pleural et de confirmer le diagnostic par une ponction exploratrice ; si le pneumocoque seul est trouvé dans l'exsudat, il faut considérer la pleurésie non comme une complication mais bien comme une phase du processus pneumonique ; le pronostic est relativement bon si la pleurotomie est pratiquée ; cependant si la pleurésie est nettement pneumococcique on pourra temporiser et n'intervenir radicalement que si la ponction aspiratrice ne provoquait pas la guérison, car elle le peut ; par contre, temporiser dans les cas de pleurésie streptococcique, par exemple, serait une lourde faute.

CART.

**Étude clinique sur les formes pseudo-phymiques de la grippe, par EGGER** (*Thèse de Lyon, 1894*).

Il existe une grippe pseudophymique, pouvant simuler les diverses formes cliniques de la phtisie pulmonaire : 1° la granulie ; 2° la phtisie galopante ou tuberculose ulcéreuse subaiguë ; 3° la tuberculose chronique.

Cette grippe a une tendance générale à se localiser au sommet du poumon ; à y déterminer un état congestif pouvant arriver à un certain degré d'hépatisation donnant lieu plus tard à des dilatations bronchiques qui se traduisent par des symptômes pseudo-cavilaires. Elle se manifeste aussi par des broncho-pneumonies à foyers disséminés, de la bronchite unilatérale et de la pleurésie.

Le diagnostic différentiel est souvent très difficile, la constatation de l'augmentation rapide et fugace du volume de la rate peut être utile ; le cycle de l'évolution thermique a une grande valeur. Mais souvent l'examen bactériologique des crachats peut seul établir le diagnostic exact. H. L.

**Deux cas de sclérose cérébrale d'origine grippale, par H. RENDU** (*Soc. méd. des hôp., 21 décembre 1894*).

1° Un homme de 32 ans après une grippe caractérisée par angine, trachéite et bronchite durant 1 mois, est pris 8 jours après le début de la convalescence d'une hémiplégie droite motrice incomplète, sans attaque ni perte de connaissance, sans troubles de la sensibilité ; au bout de 15 jours sous l'influence de l'iodure de potassium, il y avait amélioration notable, au bout d'un mois, guérison ; 6 mois plus tard, le malade présenta des troubles intellectuels, avec insomnie, démarche ébrieuse, conservation de la force, exagération des réflexes rotuliens, vertiges légers, troubles de la vue, parole traînante, anesthésie incomplète des membres inférieurs. L'emploi renouvelé de l'iodure de

potassium amena une amélioration transitoire. Bientôt survint une paralysie des jambes, puis de la vessie ; le malade présentait une astasie-abasie des plus nettes ; une nouvelle amélioration survint sous l'influence des courants continus et dura plusieurs mois ; puis survint une rechute caractérisée par le tremblement de la tête, du cou et des membres supérieurs, tremblement intentionnel ; en même temps nystagmus transversal ; le fond de l'œil présente les lésions d'une névrite optique partielle. Rendu conclut à l'existence d'une sclérose en plaques, associée peut-être à de l'hystérie.

2° Une enfant de 3 ans contracte au cours d'une épidémie de grippe familiale, une amygdalite intense, avec troubles intestinaux graves et tenaces, puis présente une série de convulsions à type jacksonien unilatérales et l'ensemble des symptômes méningitiques ; elle se rétablit de cet état désespéré, ne conservant qu'une impotence fonctionnelle du groupe des extenseurs de la jambe gauche et des péroniers latéraux.

Dans ce cas, Rendu conclut à une encéphalite scléreuse consécutive à une artérite infectieuse circonscrite. H. L.

**Les anévrismes des valvules sigmoïdes de l'aorte, par SERGENT** (*Archives gén. de méd., novembre 1894*).

La principale cause des anévrismes des sigmoïdes aortiques est l'athérome. Ces anévrismes provoquent le rétrécissement ou l'insuffisance de l'orifice aortique, les deux parfois.

Lorsque les anévrismes valvulaires se rompent, les modifications qui surviennent dans le timbre des bruits pathologiques sont importantes pour le diagnostic. RICHARDIÈRE.

**I. — Präparat von Aneurysma der Aorta abdominalis, par W. FEILCHENFELD** (*Berlin. klin. Woch., n° 17, p. 412, 23 avril 1894*).

**II. — Anévrisme de la crosse aortique ouvert dans la bronche gauche, par Max EDEL** (*Ibid.*).

**III. — Anévrisme disséquant de la portion intrapéricardique de l'aorte rompu dans le péricarde, avec hémorragie simultanée colossale du cerveau, par le même** (*Ibid.*).

**IV. — Aneurysma der Aorta ascendens von aussergewönlicher Grösse, par SENATOR** (*Ibid., n° 25, p. 586, 18 juin 1894*).

**V-VI. — Demonstration eines Aneurysma dissecans Aort. descend. und einer Endoaortitis petrificans, par EWALD** (*Ibid., n° 34, p. 788 et 789, 20 août 1894*).

**VII. — Aneurysma der Aorta, par O. ISRAEL** (*Ibid., n° 36, p. 830, 3 septembre 1894*).

I. — Femme de 80 ans n'ayant jamais présenté le moindre phénomène morbide. Quelques heures seulement avant sa mort, elle éprouva, en se réveillant, un malaise qui l'obligea à se recoucher. A l'autopsie, ventricule droit un peu dilaté et parois très amincies. Hypertrophie considérable du ventricule gauche ; pas une goutte de sang dans le cœur. Tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant dans la partie droite de la cavité abdominale ; elle était formée par des caillots récents entourant l'aorte qui offrait à son côté gauche un sac anévrismal plein de caillots fibrineux organisés. Du côté droite de l'aorte se trouvait une petite plaque calcaire bordée par une déchirure anguleuse qui avait donné passage au sang.

II. — Homme de 47 ans, emphysémateux, mort instantanée par hémoptysie

violente. Cœur complètement recouvert par le poumon droit très volumineux. L'anévrisme commence au-dessus des valvules et s'étend sur toute la crosse aortique jusqu'à l'origine de l'aorte descendante; paroi interne offrant les lésions avancées d'artériosclérose. Au niveau où la portion ascendante devient la crosse, les parois aortiques sont amincies, transparentes et rouges; au centre de cette partie se trouve un orifice ayant les dimensions d'une pièce de 5 pfennigs qui conduit dans la bronche gauche, immédiatement au-dessous de la bifurcation; en cet endroit le cartilage bronchique est complètement perforé. Les deux bronches sont pleines de sang; les poumons offrent un aspect bigarré, tenant au mélange de parties caséeuses blanches et de parties rouges imbibées de sang. Œsophage et estomac gorgés de sang. Un 2e petit anévrisme sacciforme occupe l'aorte thoracique; hydronéphrose double.

III. — Homme de 57 ans, surpris dans la rue par une attaque apoplectiforme, avec hémiplégie gauche; mort 6 heures plus tard. Péricarde contenant 1 litre de sang en partie coagulé; l'adventice de l'aorte intrapéricardique est décollée par un épanchement sanguin : hypertrophie du ventricule gauche; sclérose de l'aorte. A 3 centimètres au-dessus des valvules, se voit une déchirure suivant un trajet anguleux à travers les tuniques moyenne et interne; cette déchirure comprend les 2/3 de la circonférence du vaisseau. Tous les ventricules cérébraux sont pleins de sang. Du côté droit de la couche optique, le corps strié, le centre semi-ovale de Vieussens sont en grande partie détruits et remplis de volumineux caillots. Il n'a pas été possible de trouver la solution de continuité de l'adventice décollée de l'aorte.

IV. — Homme chez lequel l'affection s'est révélée en 1888 par de l'oppression; longtemps il fut soulagé par l'iodure de potassium. Dans les derniers temps seulement, l'anévrisme a grossi rapidement (2 centimètres en 15 jours), le visage a enflé et la gêne respiratoire est devenue considérable. Actuellement la tumeur thoracique a le volume de la tête d'un enfant de 2 ans, mesurant 49 centimètres dans sa plus grande circonférence et faisant une saillie de 6 centimètres au-dessus du niveau de la poitrine : son plus grand diamètre est vertical et elle présente une sorte de collet au niveau de la 2e côte. La veine épigastrique supérieure, branche de la mammaire interne, forme un cordon flexueux, de la grosseur d'un crayon, visible jusqu'à l'ombilic. Malgré la dyspnée intense, le larynx reste presque immobile; c'est là un signe que Gerhardt a indiqué comme spécial aux anévrismes.

V. — Homme de 44 ans entré avec des symptômes urémiques graves. Le lendemain matin, se trouvant mieux, il reçut des visiteurs au départ desquels il mourait inopinément. Aorte très athéromateuse dans toute sa longueur et fortement évidée par places; l'un de ces points avait donné passage au sang qui s'était frayé un chemin entre les tuniques moyenne et adventice en décollant celle-ci sur un vaste espace. Le sac anévrismal, long de 6 à 8 centimètres, s'était ouvert dans le médiastin et de là dans la cavité pleurale droite qui était remplie par un immense caillot ayant l'aspect et les dimensions du foie. Il existait en outre de l'hypertrophie avec dilatation du cœur et de la néphrite interstitielle atrophique.

VI. — Cas remarquable d'endartérite pétrifiante de l'aorte avec hypertrophie secondaire considérable du cœur. Les lésions s'étendent des valvules aortiques sur toute l'aorte thoracique, et sont si intenses qu'on peut soulever d'une seule pièce tout le vaisseau, comme une crosse d'évêque; les parois en sont pierreuses et résonnent quand on les percute.

VII. — Le sac anévrismal adhérent à la face interne du poumon avait le volume d'un petit œuf d'oie, occupait un peu à droite le médiastin antérieur et touchait directement la paroi thoracique; seul il était visible après l'ablation du sternum. Il siégeait sur la portion ascendante de l'aorte, au-dessus de l'orifice aortique resté intact et présentait à 2 centimètres et demi de

distance des valvules et diverticules dont les ouvertures semblaient faites à l'emporte-pièce. La dilatation s'étendait à la plus grande partie de la crosse. La tunique interne offrait quelques petits épaississements fibreux de loin en loin, mais pas d'athérome, ni de lésions graves d'endartérite. Sur la convexité de la crosse, à l'émergence du tronc innominé se trouvait une autre dilatation mal délimitée. L'artère sous-clavière et la carotide gauche étaient également dilatées à leur origine. D'une façon générale, les dimensions de l'aorte étaient inférieures à la normale chez un homme. A l'œil nu déjà, le cœur montrait de la fragmentation du myocarde. La mort a été amenée par affaiblissement cardiaque causé par une bronchite grippale.

G. Lewin, dans la discussion, attire l'attention sur la gracilité et la teinte jaune de la corde vocale inférieure gauche, témoignant d'une atrophie résultant de la compression du nerf récurrent ; c'est là un signe constant des anévrismes de l'aorte ascendante. J. B.

**Beobachtungen über perniciöse Anämie, par Max PERLES** (*Berlin. klin. Woch., n° 40, p. 963, 2 octobre 1893*).

En 1877, Klebs a signalé dans le sang des malades atteints d'anémie pernicieuse progressive des monades ciliées ; en 1883, Frankenhaeuser (*Centralbl. f. die med. Wiss.*) y a décrit une forme de leptothrix, provenant de la bouche, s'accumulant dans le foie et passant même dans le sang du fœtus ; l'année suivante, Petrone (*Lo Speriment.*, LIII) a observé quelque chose de semblable. En 1879, Bernheim (*Rev. méd. de l'Est*) a trouvé des bacilles dans le sang à l'autopsie d'un cas. En 1886, Henrot a vu dans les hématies et le plasma des microcoques agglomérés. Mais en 1889, Hayem (*Du sang et de ses altérations anatomiques*) déclara avec raison qu'aucune de ces observations n'était probante et qu'il s'agissait vraisemblablement de pseudo-parasites dus à des globules sanguins altérés. Hayem a lui-même décrit, dans l'anémie cancéreuse, des microcytes mobiles teints par l'hémoglobine. Enfin Browicz, dans 4 cas d'anémie grave, a constaté des poikilocytes animés de mouvements de rotation vibratoires et vermiculaires.

Perles relate 3 cas d'anémie pernicieuse (dont 2 avec autopsie) où pendant la vie, il a trouvé dans le sang, en plus ou moins grande abondance suivant l'état d'avancement de la maladie, des corpuscules qu'il croit être des parasites, peut-être des protozoaires. Ce sont des éléments très mobiles, allongés, elliptiques, très grêles, flexibles, incolores et fortement réfringents ; suivant leur position momentanée et l'incurvation de leurs axes, ils peuvent apparaître sous des formes variées ; leur longueur maximum n'excède guère 3 $\mu$, leur largeur est inférieure à 1 $\mu$. Il a été impossible à Perles de découvrir d'organes moteurs. Tantôt ces corpuscules se déplacent comme des poissons, tantôt comme des chenilles. Les essais de cultures sont restés infructueux.

Comme contre-épreuve, Perles a vainement recherché ces corps mobiles dans un grand nombre d'anémies secondaires de causes diverses.

J. B.

**Magengharungen (Fermentations stomacales), par H. STRAUSS** (*Zeitschr. f. klin. Med., XXVI, p. 536*).

1° *Fermentations acides.* L'acide lactique se voit surtout dans le cancer de l'estomac où il manque rarement. On peut le trouver en cas de troubles

profonds de la motilité et du chimisme stomacal. Il manque toujours quand il y a une quantité suffisante d'HCl libre, même si la motilité est altérée. Quand, en même temps qu'il existe de l'acide lactique, les aliments sucrés déterminent une forte fermentation gazeuse, un cancer du pylore est très probable.

2° *Fermentations gazeuses.* Plus fréquentes en cas d'HCl libre, fréquentes surtout dans le cancer du pylore, les gastrites avec dilatation, la gastroptose, rares dans l'ulcère, la gastrite chronique, les névroses. La relation la plus directe paraît être avec l'insuffisance motrice de l'estomac.

A.-F. PLICQUE.

**Sur les changements du suc gastrique dans quelques maladies du foie et dans le diabète sucré, par N.-N. KIRIKOW** (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1894*).

K. a fait 45 analyses complètes du suc gastrique et des fonctions de l'estomac chez 15 malades. De ce nombre, 6 étaient atteints de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, 1 d'ictère lithiasique, 1 d'ictère infectieux, 5 de diabète sucré, 1 de gastrite chronique avec dilatation de l'estomac et 1 de maladie de Reichmann.

*Dans la maladie de Hanot*, K. a constaté les particularités suivantes : L'acidité totale du contenu stomacal est généralement diminuée (jusqu'à 7,1 dans un cas). De même, la teneur, en HCl total est diminuée et est un peu inférieure à l'acidité totale. L'acide HCl libre est encore davantage diminué, parfois absent.

Malgré les conditions favorisant la saccharification (présence d'acides), on trouve, parmi les produits de la digestion amylacée, de l'érythrodextrine. L'élimination par la salive du KI introduit dans l'estomac est généralement retardée. Malgré ces conditions défavorables pour le chimisme stomacal, les fonctions motrices de l'estomac restent dans un état satisfaisant. Le plus souvent, les malades ne présentent pas de troubles dyspeptiques et leur appétit est conservé, souvent même exagéré. Notons encore, que l'auteur a constaté à plusieurs reprises, la présence dans le liquide stomacal, de la bile ou, tout au moins, du pigment biliaire.

*Dans le diabète sucré*, il y a eu : dans 2 cas, acidité et force digestive normales, avec présence d'érythrodextrine dans l'estomac; dans les 3 autres cas, plus avancés, diminution de l'acidité allant jusqu'à l'alcalinité du contenu stomacal, mais conservation de la pepsine; par contre, il n'y avait pas d'érythrodextrine. Avec le réactif de Fehling, on n'obtenait qu'une réaction faible, malgré l'ingestion du pain. Les fonctions motrices étaient exagérées.

Dans les 2 cas d'affection gastrique, il y a eu diminution du ferment lab.

Dans plusieurs cas, l'auteur a constaté qu'il n'y a pas toujours un parallélisme entre la sécrétion de l'acide HCl et de la pepsine.

En somme, on ne peut pas instituer pour chaque maladie un type des fonctions gastriques; celles-ci varient avec la phase de la maladie et avec l'état général du malade.

H. FRENKEL.

**Le foie des dyspeptiques, par Th. BOIX** (*Thèse de Paris, 1894*).

On rencontre souvent chez les dyspeptiques, en dehors de toute habitude alcoolique, un état pathologique du foie qui se traduit par l'augmentation de volume de l'organe, c'est le foie dyspeptique. Cette augmentation de volume est passagère ou permanente. Passagère, elle constitue la congestion hépatique signalée par plusieurs auteurs. Permanente, c'est la cirrhose dyspeptique. Celle-ci se traduit par un foie volumineux, lisse, remarquablement dur, sans augmentation de volume de la rate, sans ascite, sans circulation veineuse collatérale ; histologiquement, par une cirrhose généralisée, diffuse, inter et intra-lobulaire, à tendance monocellulaire, avec intégrité relative de la cellule hépatique.

La durée est fort longue, dix ans et plus. La terminaison peut avoir lieu comme dans la cirrhose de Laennec par exagération de la gêne mécanique et production d'ascite et de circulation veineuse collatérale, et par infection terminale.

Parmi les substances toxiques qui prennent naissance dans le tube digestif, Boix considère comme possédant une action sclérogène marquée les acides de fermentation : l'acide butyrique, l'acide lactique, l'acide valérianique et surtout l'acide acétique.

Il faut compter aussi avec la prédisposition le plus souvent créée par l'arthritisme (Hanot).

La cirrhose dyspeptique ne peut guère être confondue qu'avec le cancer du foie, le gros foie lithiasique, le gros foie alcoolique.

L'antisepsie intestinale donnera surtout dans les formes congestives des résultats très favorables. Le calomel à la dose quotidienne de un centigramme pourra être prescrit avec succès. C. GIRAUDEAU.

**Appendicites médicales, par TALAMON** (*Médecine moderne, p. 1461, 24 novembre 1894*).

Talamon proteste contre l'intervention chirurgicale à outrance dans les appendicites dont 75 0/0 au moins ne sont pas justiciables du traitement opératoire. Il décrit 3 variétés d'appendicite dans lesquelles le traitement doit rester purement médical, ce sont : la colique appendiculaire, l'appendicite pariétale, l'appendicite avec péritonite partielle fibrino-séreuse.

GEORGES THIBIERGE.

**Infection streptococcique apyrétique ; purpura et péritonite latente, par ACHARD** (*Méd. moderne, p. 1477, 28 novembre 1894*).

Femme de 28 ans, entrée à l'hôpital avec de l'œdème des jambes et des signes d'insuffisance et de rétrécissement aortique. Deux jours après son entrée, purpura presque complètement généralisé, survenant sous forme de poussées successives, avec hémoptysies ; apyrexie absolue ; 4 jours après le début du purpura, mort subite dans un effort de déglutition.

A l'autopsie, infarctus du poumon droit, végétations en chou-fleur à l'orifice aortique, péritonite avec exsudat séro-purulent ; streptocoque dans le sang extrait du cœur 3 heures après la mort ; staphylocoque blanc et coli-bacille dans le pus du péritoine ; amas microbiens dans les vaisseaux cutanés au voisinage des taches purpuriques. GEORGES THIBIERGE.

**Sulla splenomegalia primitiva, par S. SCIOLLA** (*Gaz. degli ospedali e delle cliniche, n° 103, 1894*).

De deux cas avec autopsie, l'auteur conclut que dans la splénomégalie primitive on ne peut ni démontrer par l'examen microscopique ou par les cultures l'existence d'un microorganisme spécial, ni obtenir des résultats positifs par l'inoculation du tissu splénique ou du sang de la rate au chien, au lapin ou au cobaye. GEORGES THIBIERGE.

**Sur la splénomégalie primitive, par M. NAGEL** (*C. R. Société méd. de Moscou, 1893-1894*).

Sur les 17 cas de splénomégalie primitive réunis par M. Bruhl, 3 seulement ont été observés chez la femme. N. en a observé un quatrième chez la femme dont voici le résumé :

Une paysanne âgée de 16 ans, entre à l'hôpital dans la clinique de Pavlinoff pour une augmentation de l'abdomen avec faiblesse générale. Pas de syphilis, ni paludisme, ni scrofulose ; est sujette depuis l'enfance à de la diarrhée qui est devenue plus intense depuis deux mois ; pas de troubles du côté de l'estomac. Le ventre a toujours été gros, aux dires de la malade ; depuis deux ans elle a senti quelque chose de dur dans le flanc gauche ; depuis un mois le ventre a grossi encore davantage et de l'œdème apparut aux jambes. La peau et les muqueuses sont très pâles ; œdème léger aux jambes, au tronc, à la face. Les ganglions sont tuméfiés. La température est normale. L'abdomen présente une augmentation de volume régulière avec une certaine tension ; son périmètre au niveau de l'ombilic mesure 100 centimètres ; la palpation n'est pas douloureuse ; un peu de liquide dans la cavité péritonéale. La moitié gauche de l'abdomen est remplie par la rate dont la surface est lisse et dont les deux échancrures sont facilement accessibles à la palpation. Rien de particulier du côté des viscères et du système nerveux. Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines. Le sang présente des lésions constantes pendant tous les nombreux examens : 30 à 35 0/0 d'hémoglobine, 2 millions 300 mille à 2 millions 700 mille hématies, globules blancs 1 à 350 ; rien de particulier dans les préparations colorées. Ni les préparations de fer, ni celles d'iode, de mercure, de quinine, ni les injections de solutions arsénicales ou phéniquées, ni la faradisation de la rate, ni l'électro-ponction n'ont amené aucune amélioration durable.

H. FRENKEL.

**Sulle asciti chiliformi, par C. VERDELLI** (*Il Morgagni, p. 57, février 1894*).

Il y a quatre catégories d'ascites chyleuses :

1° Ascites véritablement chyleuses, produites par l'épanchement de chyle dans le péritoine, quelle qu'en soit la cause. Le liquide est plus riche en graisse que dans les autres catégories ; par le degré plus ou moins élevé de densité, la quantité d'albumine et l'absence ou la présence d'éléments néoplasiques ou inflammatoires, on peut, avec peu de chances d'erreur, déterminer si l'ascite est due à des tumeurs ou à des processus inflammatoires. L'existence d'une plaie et le soupçon d'une lésion osseuse peuvent autoriser à admettre qu'il s'agit d'une lacération du canal thoracique ou d'un des gros troncs lymphatiques ;

2° Ascites graisseuses, produites par le mélange de graisse au liquide ascitique par dégénérescence des éléments phlogistiques ou inflamma-

toires ; la quantité de graisse est ordinairement moindre et l'examen chimique et microscopique montre de quel processus il s'agit ;

3° Ascites chyleuses dues à la présence de la filaire (cette catégorie est encore très hypothétique) ; le diagnostic se base sur l'examen microscopique et l'examen du sang ;

4° Ascites dans lesquelles l'aspect du liquide peut varier de l'opalescence à l'apparence véritablement chyleuse ; s'observent généralement chez des sujets très affaiblis ; sont dues à une agrégation moléculaire particulière de la globuline, parfois associée à de la graisse, laquelle est toujours en très faible quantité. GEORGES THIBIERGE.

**Sur les diarrhées palustres du Caucase, par T. TRIANTAFILIDI** (*Gazette méd. du sud de la Russie, nos 24-25, 1894*).

T. distingue trois formes de diarrhées palustres : 1° les diarrhées solitaires, seule manifestation de l'infection palustre ; 2° les diarrhées accompagnées d'autres manifestations du paludisme ; 3° les entérites chroniques identiques aux entérites des pays chauds.

Sur 11 observations de la *première forme*, 4 seulement présentaient de la mégalosplénie ; dans 3 cas, la diarrhée était intermittente ; dans la moitié des cas, le sang contenait des hématozoaires sans pigment. La diarrhée apparaît sans cause connue, à toute saison, est réfractaire à tous les traitements ordinaires et ne cède qu'à la quinine. Dans quelques cas, elle a disparu sans traitement, lorsque les malades ont quitté le pays malarique ; des injections sous-cutanées de quinine agissent mieux que l'usage interne. Cette forme serait due à l'action du virus palustre sur le grand sympathique.

Dans la *deuxième forme*, la nature palustre de la diarrhée était plus manifeste. Dans tous les 7 cas de cette catégorie, la diarrhée était précédée ou accompagnée d'accès de fièvre intermittente.

Tous les 7 cas de la *troisième forme* présentent des exemples de la transformation des deux premières formes en entérite palustre. Dans les cas (au nombre de 6) terminés par la mort, la muqueuse a présenté les lésions ordinaires de l'entérite des pays chauds : néoformation vasculaire, atrophie de la muqueuse, ulcérations. Les selles sont aqueuses ou molles, jaunâtres ou brunâtres, au nombre de 3 à 12 fois par jour, accompagnées parfois des gargouillements et des douleurs abdominales, mais sans ténesme ; elles sont muqueuses, mais non hémorragiques. La température ne s'élève que peu de temps avant la mort. Même dans cette forme on peut obtenir une guérison par le changemenf de climat et les injections de quinine. H. FRENKEL.

**Trois cas de myélite après la fièvre typhoïde, par S. JERZYKOWSKI** (*Norwing lekarskie, octobre 1894*).

1° Jeune homme âgé de 18 ans, présente pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde des douleurs lombaires et, en ceinture, de la parésie des membres inférieurs et de la constipation. La faiblesse des membres augmente au point que le malade ne peut pas marcher sans aide. Les réflexes rotuliens sont exagérés, les troubles de la sensibilité peu prononcés. Au bout de trois

mois, sous l'influence des bains et de la galvanisation, l'état s'améliore peu, mais les jambes restent faibles.

2° Après une dothiénentérie légère, apparaît quelques jours après la défervescence, de la faiblesse des jambes, l'état général était bon. Les muscles des membres inférieurs sont en état de raideur qui ne disparaît pas même pendant le sommeil. Incontinence d'urines et des selles. Au bout de quatre semaines, la parésie disparaît.

3° Après une fièvre typhoïde ayant duré deux mois apparaissent des troubles moteurs et sensitifs des membres supérieurs et inférieurs.

L'auteur admet, dans les deux premiers cas, une myélite transverse; dans le troisième, une myélite disséminée avec prédominance dans les cordons postérieurs. H. FRENKEL.

**I. — Milch, die Quelle einer Typhusepidemie, par SCHMIDT** (*Thèse Halle, 1893, et Hyg. Rundsch., IV, n° 15, p. 694, 1er août 1894*).

**II. — Eine Unterleibstyphusepidemie infölre des Genusses ungekochter Molkereimilch, par REICH** (*Berlin. klin. Woch., n° 30. p. 702, 23 juillet 1894*).

**III. — Die Abnakome des Typhus in den Müncheuer Kaseinen, par A. SCHUSTER** (*Arch. f. Hyg., XVII, et Hyg. Rundsch., IV, n° 8, p. 316, 1er avril 1894*).

I. — Il y avait 20 ans qu'on n'avait pas noté de fièvre typhoïde dans les deux prisons de Strasbourg. Lorsqu'elle y fit sa réapparition en 1890, on ne tarda pas à remarquer qu'elle ne sévissait que parmi les consommateurs d'un certain lait; 17 0/0 des détenus qui en avaient bu, à l'état cru, une ou plusieurs fois, furent atteints, tandis qu'il n'y eut pas un seul cas parmi les trois cents autres prisonniers. L'épidémie cessa dès qu'on en eut découvert la cause.

II. — Nous ne connaissons pas d'observations aussi démonstratives quant à l'origine lactée de la fièvre typhoïde, que celles qui forment la base du travail de Reich. Au milieu d'octobre 1891, s'ouvre, dans le cercle d'Oels, une laiterie qui traite par jour 600 litres de lait pour en faire du beurre. Le lait écrémé est repris par les agriculteurs qui le donnent à boire cru à leur personnel et à leurs enfants. Les dix-sept fermes qui apportent leur lait à cet établissement sont réparties en trois villages comptant en tout 150 maisons. Il n'y a eu de typhoïdiques que dans quatorze maisons, toutes appartenant aux fournisseurs de la laiterie. Le nombre total des malades s'est élevé à 92; celui des décès à 11. Loin d'infirmer l'étiologie de cette épidémie, les trois maisons de fournisseurs de lait qui ont été épargnées constituent encore un argument à l'appui. L'un de ces fermiers avait remarqué, deux mois avant le début du premier cas, que ses gens qui buvaient ce lait étaient pris de diarrhée; aussi, dès lors, le fit-il bouillir avant de le leur donner. Dans la deuxième ferme, ce lait maigre ne servait qu'à engraisser les porcs; enfin le propriétaire de la troisième ne reprenait pas son lait écrémé. Le laitier lui-même, qui buvait quotidiennement de ce lait, tomba malade au cours de l'épidémie. Malheureusement, comme celle-ci tirait à sa fin, quand on put examiner les eaux de puits, on n'y trouva pas le bacille d'Eberth et sa présence ne fut pas recherchée dans le lait.

III. — De 1851 à 1860, la fièvre typhoïde causait, à Munich, dans la population civile, 16,48 décès par 10,000 habitants et 111 dans la garnison;

De 1861 à 1870, population civile, 12,90, et 56,7 dans la garnison ;
De 1871 à 1880, — 10,71, et 46,6 —
De 1881 à 1890, — 1,45, et 1,98 —

Les années de guerre (1866 et 1870-1871) sont exclues de cette statistique. Un mois après que Schuster eut terminé les recherches nécessaires à son travail, une des casernes de Munich a été brusquement le théâtre d'une épidémie extrêmement violente de fièvre typhoïde, sur laquelle on n'a pas pu trouver d'explication pleinement satisfaisante. J. B.

**Des infections pyogéniques exogènes dans la fièvre typhoïde, par CHAUFFARD** (*Soc. méd. des hôp., 16 novembre 1894*).

Sur 25 malades, 12 ont eu des abcès, dont 6 sous une forme réellement grave. Il a constaté qu'il y avait un rapport constant entre le nombre des bains administrés et l'apparition des abcès. Il fit pratiquer l'examen bactériologique comparatif du pus des abcès et de l'eau des bains. Chez 5 malades examinées, il s'agissait de staphylocoques, dorés ou citrins ; l'eau prise dans la baignoire avant de servir aux bains contenait aussi des staphylocoques, et à l'état virulent ; c'était de l'eau de Seine.

Achard rapporte une statistique concluant dans le même sens, à l'infection par l'eau des bains contaminée. H. L.

**Localizaciones y sintomas cardiácos de la fiebre tifoidea, par A. VIDAL** (*Buenos Ayres, 1893*).

Travail d'ensemble sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde. L'auteur étudie successivement les lésions anatomo-pathologiques du myocarde, les symptômes cardiaques de la période fébrile, de la période de convalescence, l'embryocardie observée dans les formes graves, la péricardite, l'endocardite typhique et le traitement de ces diverses manifestations. Il y ajoute une observation personnelle d'endocardite initiale prétyphoïde.

Il s'agit d'une femme de 42 ans, enceinte de 5 mois et demi, n'ayant jamais eu de rhumatisme ni de manifestations cardiaques. L'affection débute spontanément au moment d'une épidémie de fièvre typhoïde, alors que la malade soignait un de ses enfants qui en était atteint. Les phénomènes généraux (fièvre, frissons répétés, anorexie, céphalalgie) se montrent d'abord, et ce n'est qu'au 7e jour qu'on constate l'existence d'un souffle systolique à la pointe. Vers la fin du 2e septenaire apparaissent des taches rosées lenticulaires, de la diarrhée fétide et une légère stupeur ; la douleur existe dans les fosses iliaques ; l'état de la rate n'a pu être apprécié à cause de la grossesse ; la fièvre reste élevée sans présenter les oscillations des premières semaines.

L'apyrexie est complète le 31e jour. Le souffle cardiaque persiste après la guérison.

Après avoir discuté l'hypothèse d'une endocardite à forme typhoïde, l'auteur conclut à une fièvre typhoïde précédée d'une endocardite aiguë, dont l'invasion avait été favorisée par l'état de gravidité de la malade. Rapprochant son observation de celles publiées antérieurement (surtout par Galliard, Eichhorst, Volmer), il propose de donner à ces endocardites initiales le nom d'endocardo-typhus, par analogie avec le pneumo-typhus, le pleuro-typhus, etc. BENSAUDE.

**Épidémies d'oreillons; considérations générales sur la prophylaxie et le traitement, par André MARTIN** (*Revue de méd., 10 mars 1894*).

Dans ce travail, l'auteur confirme les données admises généralement sur la contagiosité. Au point de vue thérapeutique il insiste sur l'antisepsie de la bouche avec du thymol, l'acide phénique ou simplement l'eau boriquée à 4 0/0 aussi chaude que possible et l'usage interne, pendant les premiers jours, de la médication nervine : antipyrine, 2 à 3 grammes ; exalgine 75 centigrammes à 1 gramme ; phénacétine 1gr,25 à 1gr,50 qui agit à la fois sur la température et sur l'élément douleur.

Dans l'arthrite les injections sous-cutanées de pilocarpine diminuent promptement la douleur, abaissent dès le premier soir la température, et la ramènent à la normale vers le troisième jour avec suppression complète de la tuméfaction entre le huitième et le dixième jour. GIRAUDEAU.

**Le diagnostic rapide du choléra asiatique, par J. DENYS** (*Bulletin Acad. méd. de Belgique, n° 3, p. 225, 1894*).

L'examen des vomissements et des selles à l'état frais, tels quels, ou dilués dans un peu de bouillon, constitue un excellent moyen de diagnostic du choléra asiatique, bien supérieur au procédé des colorations. Dans ces préparations, on reconnaît aisément les vibrions, même peu nombreux, à la rapidité caractéristique de leurs mouvements.

La réaction indol-nitreuse peut n'apparaître que tardivement dans des cultures possédant tous les autres caractères des vibrions du choléra asiatique. Dans l'épidémie de Saint-Trond, les bacilles virgules n'ont pas présenté cette réaction pendant les 36 premières heures, ou ne l'ont fournie qu'après un temps de mélange anormalement long et dans une faible mesure. LEFLAIVE.

**Sul carcinoma della testa del pancreas, par E. GALVAGNI** (*Gazzetta degli ospedali, 1894*).

Homme de 33 ans, ayant depuis plusieurs mois une grande faiblesse, des douleurs stomacales intenses et de la diarrhée ; ictère peu intense, fièvre et amaigrissement ; à l'examen de l'abdomen, résistance dans l'hypochondre droit et à l'épigastre, correspondant au bord inférieur du foie lequel est dur et lisse ; dans l'hypochondre droit tumeur piriforme constituée par la vésicule biliaire dilatée ; ascite et œdème des membres inférieurs. Puis augmentation progressive de l'ictère et mort 23 jours après l'entrée à l'hôpital. A l'autopsie, 5 litres de liquide dans le péritoine ; dans le duodénum, l'ampoule de Vater forme un nodule du volume d'un grain de blé, au-dessus duquel le canal cholédoque a les dimensions de l'intestin grêle ; dilatation de la vésicule biliaire et des voies biliaires intra-hépatiques ; foie volumineux, pancréas tubéreux, augmenté de volume à sa partie moyenne et surtout à sa tête, conduit excréteur dilaté, ganglions lymphatiques voisins augmentés de volume ; rate volumineuse avec un nodule cancéreux métastatique. GEORGES THIBIERGE.

**Des fièvres du plateau central de Madagascar, par VILLETTE, rapport de LE ROY DE MÉRICOURT** (*Bull. Acad. de Médec., 16 octobre 1894*).

Sur le plateau central et dans ses environs, tous les genres de fièvre se rencontrent : type quotidien, double, tierce, quarte, etc. Ces types

n'offrent rien de particulier, sauf le type qui revient tous les septenaires ou celui qui revient tous les 15 jours, ou encore tous les mois. Telles sont les formes les plus communes : l'accès pernicieux, sous des formes diverses, la fièvre bilieuse hématurique sont rares. L'accès bilieux simple est relativement fréquent ; on en rencontre un cas sur 15 environ. Leur durée est variable. Celle de la fièvre bilieuse simple varie de 15 jours à un mois. L'accès rénitent le plus fréquent est celui qui dure de 1 à 4 septenaires. Le pronostic est en général assez bénin. La quinine n'a qu'une action momentanée. OZENNE.

**Contributo clinico allo studio della clorosi febbrile, par E. GUANI** (*Il Morgagni, p. 751, décembre 1894*).

La chlorose essentielle, protopathique, est liée uniquement à la lésion primitive du sang, qui se manifeste par un abaissement notable de la valeur chromoglobulaire. La chlorose simple est apyrétique et même fréquemment donne lieu à un certain degré d'hypothermie ; lorsqu'il se produit de la fièvre, celle-ci doit être rapportée à un état morbide concomitant ou intercurrent, en particulier à la tuberculose ou à la constipation.

Chez les chlorotiques, les plus minimes complications, même l'exercice à lui seul, peuvent provoquer des élévations de température.

L'auteur n'admet pas le type clinique de la chlorose fébrile.

GEORGES THIBIERGE.

**Erisipela periodica catameniale, par R. MASSALONGO** (*La Riforma med., n° 229, octobre 1894*).

Parmi les érysipèles récidivants à répétition, survenant sans la moindre solution de continuité des téguments, il en existe une variété dans laquelle les récidives se reproduisent régulièrement à chaque époque menstruelle et qui mérite d'être appelée érysipèle périodique cataménial.

Les récidives de l'érysipèle dans ces circonstances s'expliquent par : 1° la préexistence dans l'intimité des tissus, dans le derme et dans ses vaisseaux lymphatiques, des streptocoques de l'érysipèle ; 2° les modifications du système nerveux général et les modifications circulatoires locales (paralysie vaso-motrice) qui se reproduisent à chaque époque menstruelle, modifications favorables à la vitalité, à la virulence et à la prolifération de ces microorganismes. GEORGES THIBIERGE.

**Staphylocoques et rhumatisme articulaire aigu, par SACAZE** (*Arch. gén. de méd., novembre 1894*).

Les symptômes du rhumatisme articulaire aigu sont très souvent précédés par une lésion infectieuse, telle qu'une angine, une otite, etc., etc. Cette lésion peut être la porte d'entrée des germes pathogènes du rhumatisme articulaire aigu. On y trouve fréquemment des staphylocoques, qui, d'ailleurs, pour plusieurs raisons, semblent jouer un rôle important dans la pathogénie de la polyarthrite aiguë. RICHARDIÈRE.

**Les arthropathies et l'état typhoïde, par ROBIN et LEREDDE** (*Arch. gén. de méd., septembre 1894*).

Le rhumatisme articulaire aigu peut s'accompagner d'un véritable état typhoïde. Généralement, les symptômes typhoïdes qui accompagnent le rhumatisme articulaire durent peu et cèdent, comme les arthropathies, au salicylate de soude.

La fièvre typhoïde peut débuter par des polyarthrites séreuses ou suppurées. Elle forme alors l'arthro-typhus. RICHARDIÈRE.

**De la glycosurie alimentaire dans la colique saturnine, par BRUNELLE** (*Archives gén. de méd., décembre 1894*).

La glycosurie alimentaire existe au moins dans 55 0/0 des cas de colique saturnine. Elle peut se montrer dans les coliques saturnines, quelle qu'en soit l'intensité. Elle est surtout fréquente chez les saturnins alcooliques. Elle a la même durée que la colique de plomb, souvent elle s'accompagne d'urobilinurie. RICHARDIÈRE.

**Phlébite précoce chez les tuberculeux, par HIRTZ** (*Soc. méd. des hôpitaux, 8 juin 1894*).

Hirtz rapporte 6 observations personnelles qui prouvent que la phlébite peut précéder de quelques semaines, voire de quelques mois, les manifestations de la tuberculose pulmonaire ; elle a une durée qui ne dépasse guère 3 semaines et la forme non oblitérante est plus fréquente que la forme oblitérante. H. L.

**De la filariosis; exposición del primer caso esporádico observado en Europa, par FONT Y TORNÉ** (*Revista de ciencias med. de Barcelona, nos 4 et 5, 1894*).

L'auteur a constaté la variété *nocturna* de la filaria sanguinis hominis dans le sang et l'urine d'un paysan âgé de 35 ans, habitant un petit village près de Barcelone (Canet de Mar) et n'ayant jamais quitté l'Espagne. Depuis l'âge de 18 ans et demi le malade a eu une vingtaine d'accès d'hématurie et de chylurie accompagnés parfois de diarrhée. Ce serait le premier cas de filariose sporadique observé en Europe. Il est probable que le parasite a été importé, car le village en question constitue une sorte de refuge pour les anciens émigrés à leur retour d'Amérique.

BENSAUDE.

**Recherches bactériologiques sur la diphtérie dans les États-Unis, par William WELCH** (*The Amer. J. of the med. sc., p. 427, 1894*).

Ce rapport est fait d'après les recherches du comité américain pour l'étude de la diphtérie au 8e Congrès international d'hygiène et de démographie tenu à Budapesth en septembre 1894.

Les recherches de la commission ont porté sur les points suivants : application et valeur des méthodes bactériologiques dans le diagnostic de la diphtérie ; du rôle du bacille de Loeffler et de sa fréquence relative dans les inflammations pseudo-membraneuses du nez et des voies aériennes ; les localisations multiples du bacille diphtéritique ; des formes

anormales de la diphtérie et de la fausse diphtérie ; de la persistance du bacille de Loeffler dans les fosses nasales après la guérison de la diphtérie ; de la rencontre possible de ce bacille chez des sujets non atteints de diphtérie : des caractères du bacille pseudo-diphtéritique. F. VERCHÈRE.

**Pathogenese der Gicht (Pathogénie de la goutte), par F. LEVISON** (*Zeitschr. f. klin. Med., XXVI, p. 293*).

L. insiste sur la fréquence de la goutte en Danemarck. Elle n'est pas rare même dans les classes ouvrières. Le saturnisme semble jouer un grand rôle. L. insiste sur la constance des altérations rénales (atrophie granulaire, gouty kidney) isolées ou associées à de la lithiase, des dépôts uratiques entre les tubulis. Pour lui, c'est la rétention uratique entraînée par l'atrophie granulaire du rein qui est la cause des dépôts uratiques et de la goutte. Outre la constance des lésions rénales chez les goutteux, il a recherché systématiquement à l'autopsie les dépôts uratiques dans l'articulation du gros orteil sur 43 cadavres offrant une lésion rénale, qu'ils eussent eu ou non des accidents articulaires. Il les a trouvés 12 fois et dans ces 12 cas positifs, la néphrite était une néphrite avec atrophie granulaire. Dans un seul cas de cette néphrite, les dépôts uratiques manquaient, mais c'était une néphrite syphilitique s'éloignant de la néphrite granulaire atrophique primitive. Bref cette néphrite est non seulement la compagne constante, mais la cause même de la goutte. A.-F. PLICQUE.

---

# GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

**Ueber eine bacterienfeindliches Verhalten..... (Des propriétés bactéricides de la sécrétion vaginale chez la femme en dehors de la grossesse), par K. MENGE** (*Deutsche med. Woch., nos 46, 47 et 48, 1894*).

Les expériences de Menge ont eu pour but d'établir : 1° s'il existe des germes pathogènes dans le vagin de la femme ; 2° ce que deviennent ces germes lorsqu'on les y introduit artificiellement.

Pour résoudre la première question, il a étudié 50 femmes opérées de laparotomie, chez lesquelles le vagin se trouvait en dehors du cercle opératoire et qui, par le fait de l'opération, étaient obligées de rester 14 jours au lit. Les cultures sur agar, prises au fond du vagin, se sont trouvées 44 fois stériles ; 6 fois, elles ont donné des colonies et spécialement dans un cas des cultures pures de streptococcus pyogène. Les cultures de l'entrée du vagin ont été 48 fois fertiles, 2 fois stériles.

Au point de vue de la réaction, le fond du vagin était : 28 fois acide, 16 fois alcalin, 6 fois neutre. L'entrée était : 34 fois acide, 13 fois alcaline, 3 fois neutre. Les 6 cas de colonies provenant du fond du vagin, correspondaient 3 fois à des réactions acides, 2 fois à des réactions alca-

lines, 1 fois à une réaction neutre. Au point de vue microscopique, la sécrétion vaginale n'était, dans aucun cas, absolument privée de microbes : les bactéries dominaient, les bacilles vaginaux de Dœderlein n'existaient que dans quelques cas.

Les expériences sur l'infection artificielle du vagin à l'aide de germes pathogènes ont porté sur 85 femmes, savoir : les 50 laparotomiées et 35 autres. Les germes employés ont été le bacille pyocyanique, le staphylococcus et le streptococcus pyogenes aureus. Dans tous les cas, le résultat a été le même ; quelle que soit la réaction vaginale, les bacilles pathogènes introduits en masse dans le vagin, disparaissent rapidement. Le temps nécessaire pour la désinfection spontanée du fond du vagin a varié de 2 h. 1/2 à 70 heures, en moyenne 21 heures pour le pyocyanique, 26 pour le staphylococcus et 22 pour le streptococcus ; à l'entrée, la désinfection est plus longue quoique la différence de temps ne soit pas considérable.

Quels sont les éléments qui entrent en jeu pour produire cette désinfection ?

En première ligne, il faut placer la réaction acide des sécrétions vaginales : les hôtes habituels (la flore normale du vagin) et leurs sécrétions constituent un deuxième facteur ; ensuite viennent la constitution chimique des sécrétions, les leucocytes (phagocytose) l'absence d'oxygène ; 6 expériences d'infection artificielle du suc cervical utérin, lequel est normalement alcalin et libre de tout germe, ont donné les mêmes résultats, les germes pathogènes ont disparu rapidement.

L'auteur conclut, de ces expériences, que l'infection spontanée pendant l'accouchement, dans le sens où la comprend Kaltenbach, n'existe pas. En dehors des gonocoques, les bactéries ne peuvent vivre dans la zone alcaline du canal génital, en particulier du col. H. DE BRINON.

**Le mélange de salol et d'antipyrine dans le traitement des métrites hémorragiques, par BRALANT** (*Thèse de Paris, 1894*).

Thèse faite sur l'inspiration de Labadie-Lagrave. Après une étude de l'antipyrine au point de vue de ses propriétés hémostatiques et antiseptiques et du salol, au point de vue de ses propriétés antiseptiques, l'auteur montre que le point de fusion de l'antipyrine, au-dessous de 100° et celui du salol vers 50°, se trouve abaissé vers celui du salol, lorsqu'on soumet le mélange de ces deux corps à la chaleur, d'autant plus abaissé, bien entendu, que la proportion de salol est plus grande. Ce mélange soumis à l'action de la chaleur prend une coloration brune, puis rouge-cerise. Arrivé à cette coloration il garde pendant assez longtemps sa fluidité. Il peut alors être introduit dans l'utérus sur un porte-tampon de ouate. Des observations publiées dans ce travail démontrent son action hémostatique. Elle est due à l'action de l'antipyrine. Si on soumet le mélange à l'action dissolvante de l'éther, le salol altéré et devenu rouge est dissous par l'éther, tandis que l'antipyrine non altérée se dépose. PORAK.

**Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes par la laparotomie pour salpingo-ovarite, par A. PINESSE** (*Thèse de Paris, 1894*).

136 femmes ont été revues plusieurs années (1 à 6 ans), après avoir subi l'ablation bilatérale des annexes pour salpingo-ovarites. Quels ont été les résultats constatés à ces époques ultérieures? Ils sont différents suivant la variété de salpingo-ovarite; c'est ainsi qu'on a noté :

Sur 61 salpingo-ovarites à petits kystes, 48 guérisons, 7 améliorations et 6 résultats nuls.

Sur 42 salpingo-ovarites hémorragiques, 30 guérisons, 8 améliorations, 4 résultats nuls.

Sur 21 salpingo-ovarites suppurées, 17 guérisons et 4 améliorations.

Enfin sur 12 salpingo-ovarites mixtes, 9 guérisons et 3 améliorations.

En passant en revue chacun des phénomènes morbides, existant avant l'opération, Pinesse a trouvé qu'après cette dernière la douleur ne persistait que chez 8 0/0 des opérées et que les règles n'avaient pas disparu dans la proportion de 22 0/0; à part les accidents congestifs et nerveux, très variables suivant les sujets, phénomènes d'une ménopause artificielle, l'auteur n'a rien de particulier à faire remarquer. OZENNE.

**Des hémorragies intrapéritonéales et de l'hématocèle pelvienne, par E. CESTAN** (*Thèse de Paris, n° 4, 1894*).

L'auteur admet que 99 0/0 des cas d'hématocèle sont dus à la rupture ou à l'avortement d'une grossesse tubaire. L'hémorragie se comporte de deux façons : le plus souvent elle se prolonge, continue ou par crises, jusqu'à la mort de la malade qui peut survenir en quelques heures ou quelques jours en l'absence de barrières néo-membraneuses. Ce sont toujours des grossesses tubaires.

Plus rarement (ce sont les cas bénins) à la faveur de lésions péritonéales antérieures ou concomitantes, l'épanchement s'arrête et s'enkyste. Il se résorbe ensuite avec une rapidité d'autant moindre que la séreuse est plus malade ou il suppure par infection de voisinage.

L'intervention diffère dans les deux cas : A l'hémorragie diffuse, sans tendance à la stase, il faut opposer la laparotomie d'urgence, aussitôt qu'elle est reconnue; on ira de suite à la base des ligaments larges, enlever les annexes malades et on drainera le plus souvent. Sur 249 cas, 76 fois on n'est pas intervenu, il y a 66 morts; 173 fois on fit la laparotomie, il y eut 134 guérisons et 35 morts.

L'épanchement enkysté ne réclame pas d'intervention hâtive s'il est antiseptique et de petit volume, expectation et antisepsie; s'il est volumineux ou s'il suppure il faut intervenir par le vagin, incision du cul-de-sac postérieur suivie du drainage; exceptionnellement hystérectomie vaginale.

Il faut avant d'intervenir par le vagin attendre l'arrêt définitif de l'hémorragie. F. VERCHÈRE.

**Zur Behandlung der Pelviperitonitis chronica, par A. MARTIN** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 22, p. 528, 28 mai 1894*).

Chez 33 femmes atteintes de pelvi-péritonite chronique, Martin a fait la laparotomie, sectionné les adhérences et incisé ou coupé les ligaments utéro-sacrés. Il cherche à empêcher la reformation d'adhérences en humectant d'huile d'olive stérilisée les organes. Habituellement, il pratique en même temps l'hystéropexie abdominale ; 7 de ses opérations sont encore trop récentes pour entrer dans une statistique définitive. 1 septième opérée est morte d'étranglement interne. Martin manque de nouvelles sur 5 autres. Quant aux 20 restantes, 18 sont guéries et 2 seulement ont subi l'intervention chirurgicale. En présence de ces résultats, il se déclare contraire à la castration et à l'hystérectomie. J. B.

**Mycose utérine, par LANGERHANS** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 26, p. 611, 25 juin 1894*).

Femme de 83 ans, présentant à l'autopsie de l'emphysème pulmonaire, un cœur gras, de la néphrite chronique, une cystite hémorragique et les lésions suivantes de l'utérus. Cet organe, qui a les dimensions d'un poing d'homme, offre extérieurement une consistance très molle, presque fluctuante et de nombreuses lignes fines, très flexueuses, un peu saillantes, jaunes, dures au toucher, dominées par des vaisseaux contenant une matière calcaire. Le vagin est à la fois raccourci et rétréci ; sa muqueuse très épaissie, a une consistance coriace et est parsemée de nombreuses cicatrices rayonnées ; le col utérin est infundibuliforme, son orifice interne rétréci cicatriciellement. Le corps de l'utérus, considérablement distendu, est rempli par une masse non adhérente aux parois qui ont 2 millimètres d'épaisseur. Cette masse, de teinte gris verdâtre sale, a une consistance molle, une longueur de 7 centimètres, une largeur de 6 centimètres 1/2 et une épaissseur de 5 centimètres. La surface interne de l'utérus est parfaitement lisse, d'un rouge vif et recouverte de sécrétions crémeuses d'un gris jaunâtre. Sur les coupes, la masse apparaît composée de deux parties différentes : la portion centrale, la plus volumineuse, est très molle et friable ; la portion périphérique, disposée en couches concentriques est cohérente et élastique. A la surface de la masse, se trouve une matière crémeuse, jaune-gris, facile à détacher. Sous le microscope, la portion centrale friable se montre formée par des détritus, des aiguilles d'acides gras et des microorganismes, tandis que la partie périphérique compacte, qui a une épaisseur de 3 à 5 millimètres, se compose surtout de filaments cryptoorganiques constituant un mycelium très serré et qui offre les plus grandes analogies avec le muguet ; entre ces filaments se trouvent de la matière granuleuse, des cristaux d'acides gras et des microorganismes. Quant à la matière crémeuse qui tapisse l'extérieur de cette masse et la muqueuse utérine, elle est composée de globules de pus en métamorphose graisseuse.

J. B.

**I. — Zur Ventrofixation des retroflectirten Uterus, par CZEMPIN** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 23, p. 548, 4 juin 1894*).

**II. — Même sujet, par FLAISCHLEN** (*Ibid.*).

**III. — Discussion de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin** (*Ibid.*).

I. — Dans 11 cas de rétroflexion utérine, Czempin a pratiqué l'hystéropexie ventrale suivant un procédé qu'il appelle extra-abdominal et qui

ne présente pas les inconvénients et les dangers de la laparotomie. Il introduit dans l'utérus une sonde rigide qu'il fixe en liant le col à un anneau que porte le manche de cet instrument ; puis, à 1 centimètre 1/2 au-dessus de la symphyse, il fait une incision allant jusqu'à l'aponévrose profonde, mais n'ouvrant ni celle-ci ni le péritoine ; il soulève alors le bassin à l'aide du chevalet de Fritsch, amène avec la sonde, le fond de l'utérus au niveau où l'aponévrose profonde est à découvert, et l'y suture à l'aide de points perforant la totalité des parois abdominales. Il place 2 sutures qui s'entrecroisent dans l'utérus et noue les fils non sur la plaie abdominale mais parallèlement à elle. Il fait enfin une suture distincte pour la plaie abdominale.

II. — Flaischlen a pratiqué 45 hystéropexies ventrales. Il n'a perdu qu'une seule de ses opérées, par suite de la rupture d'une salpingite suppurée. 4 des femmes ont accouché dès lors sans que la rétroflexion récidivât ; chez 2 d'entre elles l'utérus n'avait été fixé, dans la plaie abdominale que par une suture unique. Les quelques insuccès qu'il a eus sont dus au catgut qui se résorbe trop vite. On doit suturer avec de la grosse soie et laisser les sutures 16 jours. 2 opérées, stériles jusqu'alors, ont conçu immédiatement après l'hystéropexie.

III. — *Vulliet* rappelle que Laroyenne emploie un procédé analogue à celui de Czempin mais il fait en plus une petite ouverture au péritoine.

*Fritsch* fait 10 points fins sur le fond de l'utérus et il borne l'hystéropexie abdominale aux nullipares.

Quant à *Winter* ce n'est pas le fond de l'utérus, mais ses ligaments qu'il suture avec des fils perdus en crin de Florence.

*Jacobs* a perdu une opérée d'étranglement interne causé par le cordon de 4 centimètres 1/2 de long qui reliait le fond de l'utérus au péritoine pariétal et en pratiquant une hystérectomie pour cancer chez une femme qui avait subi jadis l'hystéropexie abdominale, il a également trouvé un cordon analogue long de 6 centimètres.

*R. Kossmann* assure que, même chez les nullipares et en cas de rétroflexion immobile, l'hystéropexie vaginale et le détachement des adhérences n'offrent pas de difficultés.

*Witte* qui a opéré une femme suivant le procédé de Czempin, l'a vue succomber parce qu'il avait pris l'intestin dans la suture.

*Czempin* répond qu'il ne saurait regarder comme insignifiante l'ouverture du péritoine. Quant au danger de comprendre l'intestin dans la suture, il est écarté par l'emploi du chevalet de Fritsch. J. B.

**Ueber Kraurosis vulvae, par A. MARTIN** (*Berlin. klin. Woch., n° 32, p. 748, 6 août 1894*).

Martin a observé 3 nouveaux cas de kraurosis de la vulve depuis les 5 qu'il a fait publier par Orthmann. Dans l'un deux, au sein des tissus ratatinés, se trouvaient 2 noyaux cancéreux isolés. Pour Martin, le kraurosis n'est autre qu'un processus d'atrophie de la totalité de la vulve, qu'il rapproche des plaques de leucoplasie décrites sur les muqueuses par Schwimmer. L'affection débute par un stade inflammatoire ; elle a pour symptôme principal une tension douloureuse provoquée par le

rétrécissement du vestibule. Martin a guéri 6 de ces femmes par l'ablation des tissus malades. (*R. S. M.*, XXVII, 609.) J. B.

**A propos d'un cas d'urétrocèle vaginale, par P. ÉTIENNE** (*Revue méd. de l'Est, p. 449, 1er août 1894*).

Quand la tumeur a le volume d'une noisette, on fera l'incision simple au bistouri avec ou sans suture, ou au thermocautère.

L'urétrocèle du volume d'une noix, dont on soupçonne l'origine traumatique (kyste sanguin) indique l'opération d'Ozenne : incision, excision de lambeaux en croissant, rugination de la paroi interne, puis suture profonde.

L'urétrocèle du volume d'un œuf est généralement d'origine kystique, et réclame alors l'opération de Lawson Tait : enlever la moitié inférieure de la poche ; exciser une partie de la membrane interne et suturer.

LEFLAIVE.

**Cancer primitif du clitoris, par FAGUET** (*Journal méd. de Bordeaux, 2 décembre 1894*).

Femme de 47 ans. Depuis 7 ans, démangeaisons plus ou moins intenses dans la région clitoridienne qui a commencé à s'ulcérer il y a 8 mois. Actuellement, au niveau de la commissure supérieure de la vulve, tumeur du volume d'une petite noix, ulcérée, laissant suinter un liquide fétide et ayant envahi l'extrémité supérieure des grandes et petites lèvres. Urètre intact. Quelques petits glanglions dans les régions inguinales. Ablation : réunion par première intention ; au microscope, épithélioma pavimenteux lobulé ; pseudococcidies. OZENNE.

**Deux cas de rupture de kystes de l'ovaire dans le ventre, par ROCHET** (*Ann. Soc. belge chir., 15 octobre 1894*).

1° Kyste à contenu gélatiniforme volumineux à parois très minces. L'épanchement dans le péritoine de cette substance kystique avait déterminé une coloration rouge écarlate de la séreuse, qui était recouverte d'une infinité de petits kystes semblables à des villosités. Laparotomie et guérison persistante 18 mois après.

2° Nouvelle accouchée. Six semaines après l'accouchement, augmentation rapide du ventre. Une ponction donne issue à une liquide vert et permet de sentir une tumeur solide considérable. Laparotomie.

L'abdomen contient une grande quantité de liquide verdâtre et de la substance gélatiniforme éparse au milieu des intestins. Ablation du kyste qui adhère aux intestins et à la paroi abdominale, dont il faut réséquer un grand lambeau. A la suite, abcès de la paroi et fistulette qui ne tarit pas ; en la cautérisant on sent une tuméfaction de la grosseur du poing et adhérente à la paroi abdominale.

Nouvelle laparotomie. Cette grosseur, formée par le pédicule de l'ancien kyste, dans lequel s'était reformé un petit kyste à contenu gélatiniforme, est extirpée ; le trajet fistuleux aboutissait à un amas de fils de soie provenant des ligatures de la première opération. Guérison. OZENNE.

**Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des fibromes de l'utérus et de ses annexes, par PILLIET et COSTES** (*Soc. de biol.*, *20 octobre 1894*).

1° Le fibromyome se développe autour des vaisseaux et par suite d'un accroissement exagéré des capillaires. 2° Les formations sarcomateuses sont fréquentes (9 fois sur 14). Elles débutent par les capillaires, soit péri, soit endo-capillaires, et dans ce dernier cas, provoquent des nécroses et des cavités kystiques. 3° Les dégénérescences myxomateuses débutent par la paroi des vaisseaux qui disparaissent, d'où les cavités et lacunes des fibromes. 4° La dégénérescence calcaire débute par le centre du lobule, c'est-à-dire par le capillaire qui disparaît. 5° La dégénérescence fibroïde provient de l'oblitération plus ou moins complète des vaisseaux.

DASTRE.

**L'hystérectomie abdominale supra vaginale pour fibro-myomes de l'utérus, par LÉONTE** (*Rev. de chir.*, *n° 6*, *p. 461*, *1894*).

Depuis 1887, Léonte a employé pour l'hystérectomie abdominale la section supra-vaginale du col, avec ligature du pédicule à la soie et suture du péritoine par-dessus le moignon qui se trouve ainsi extra et rétro-péritonéal.

Incision médiane d'étendue variable suivant le volume de la tumeur; après libération des adhérences épiploïques ou intestinales, traction de la tumeur au dehors avec les doigts ou des pinces de Museux. De chaque côté et en dehors des ovaires, application d'une pince à forcipressure sur les ligaments larges. Incision du péritoine sur la face antérieure de l'utérus à quelques centimètres de l'insertion du vagin en allant d'un ligament large à l'autre; dissection avec les doigts d'un lambeau séreux, même manœuvre sur la face postérieure de l'utérus et formation d'un lambeau postérieur identique au précédent.

Après la dissection des lambeaux, la tumeur est pédiculisée par une ligature en chaîne des ligaments larges qui ne sont coupés qu'après application de pinces sur la tumeur au niveau de l'insertion des ligaments pour éviter toute effusion de sang. La section, pratiquée entre les ligatures et les pinces, libère l'utérus jusqu'au pédicule. Celui-ci est alors traversé d'avant en arrière, à un centimètre environ au-dessus de l'insertion du vagin, avec une forte aiguille mousse chargée d'un gros fil double de soie tordue; les deux fils sont croisés et liés.

Excision de la tumeur au-dessus de la ligature par deux incisions obliques en bas vers la cavité du col, de façon à former deux valves transversales. Après raclage et cautérisation au chlorure de zinc de la muqueuse utérine, suture en surjet au catgut des deux lambeaux utérins. Par-dessus ce moignon, suture des deux lambeaux séreux et des ligaments larges. Le moignon utérin devient ainsi extra et rétro-péritonéal.

Léonte a employé ce procédé dans 26 cas de fibromes, sans un seul insuccès.

WALTHER.

**Zur Beurtheilung des Werthes der Castration bei Myomen des Uterus, par Max FRANK** (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte*, *n° 7*, *p. 201*, *1er avril 1894*).

Ce travail de Frank forme une suite à celui de Stäehli (*R. S. M.*, XXXV, 183); il rend, en effet, compte de 20 castrations pour fibromes

utérins faites à la clinique gynécologique de Berne, par P. Mueller, d'octobre 1889 à août 1893. Pendant ce laps de temps, Mueller a soigné 116 cas de fibromes de l'utérus, dont 69 (59,5 0/0) ont été l'objet d'opérations parmi lesquelles se trouvent 21 castrations (28,9 0/0). Mais l'une de ces castrations ne rentre pas dans la statistique, parce qu'elle n'a été pratiquée qu'accessoirement, après énucléation de 2 fibromes sous-séreux, pour enlever des germes intra-utérins de tumeurs naissantes. Les 20 autres castrations n'ont pas toutes été faciles : une fois on n'a pu trouver les ovaires ; une autre fois on n'en a trouvé qu'un qui contenait un kyste ; celui-ci s'étant rompu, on ne put enlever l'ovaire à cause de la brièveté du pédicule. Dans un 3e cas, la femme se trouvait au 5e mois d'une grossesse ; il fallut laisser l'ovaire gauche qui était entouré de vaisseaux de la grosseur du pouce ; il en était d'ailleurs de même du fibrome intraligamenteux qui dépassait les dimensions d'une tête d'enfant. P. Mueller se décide donc à faire l'opération césarienne ; pour l'hémostase, on dut recourir à la compression manuelle, la tumeur empêchant de serrer le tube élastique. On dut se borner à enlever l'ovaire d'un côté et la trompe de l'autre ; 4 mois plus tard, la femme était enlevée par la phtisie.

Restent 17 castrations entreprises pour des tumeurs, les unes interstitielles, d'autres sous-muqueuses ou sous-péritonéales ; deux d'entre elles siégeaient sur le col. Toutes les opérées ont guéri. Certaines ont eu pendant quelque temps un écoulement sanguin, 2 ont eu un infarctus pulmonaire, suite de la thrombose des vaisseaux liés. Chez 2 des femmes qui avaient des métrorragies profuses, les ovaires étaient cependant atrophiés. Pour les ligatures, Müller ne se sert plus que de catgut. L'incision abdominale ne permet que d'introduire la moitié de la main. L'ablation des ovaires se fait avec le thermocautère. Quant aux résultats fonctionnels de la castration, les voici : 12 femmes (70,5 0/0) ont vu cesser complètement leurs hémorragies ; 3 ont eu encore quelques hémorragies d'intensité et de durée faibles et à retours irréguliers. Une autre a encore ses règles, toutes les 4 semaines, mais elles sont moitié moins abondantes qu'avant l'opération. On manque de renseignements sur la 17e opérée. Chez 9 femmes, les tumeurs ont tellement rétrocédé qu'on ne les sent plus, même quand on voit les malades pour les examiner. Chez une, au contraire, la tumeur a augmenté de volume ; chez 4, elle n'a pas varié de dimensions, mais chez l'une de ces dernières sa consistance est devenue kystique ; pour 3, les renseignements font défaut. Enfin, chez toutes les opérées qui s'en plaignaient, les douleurs ont disparu et sont devenues insignifiantes. Quant aux inconvénients que la castration a entraînés, ce sont : des troubles nerveux (palpitations, bouffées de chaleur, surtout aux époques menstruelles, chez 7) ; la disparition des désirs sexuels chez une ; la tendance à l'embonpoint chez une autre ; enfin, de la leucorrhée chez plusieurs. L'âge des opérées oscillait entre 30 et 48 ans.

Frank est d'avis qu'on doit toujours donner la préférence à la castration comme moins dangereuse que la myomectomie, sauf dans les cas suivants : 1° altérations régressives des tumeurs, quoique Schleich, dans sa thèse, et Goldenberg (*R. S. M.*, XXIX, 177), aient cité des succès de la castration pour des fibromes kystiques : 2° dégénérescences malignes ; 3° phénomènes d'étranglement et plus généralement tous phéno-

mènes mettant en danger la vie et indiquant partout l'urgence de l'opération radicale ; 4° fibromes sous-péritonéaux, solitaires et pédiculés. L'imminence de la ménopause n'est pas une contre-indication. J. B.

**Drei totalexstirpationen des Uterus nach der sacralen Methode, par von WERDT** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n° 9*, *p. 280*, *1er mai 1894*).

2 des opérées ont guéri, la 3e a succombé à un étranglement interne.

Dans les 3 cas, Werdt a suivi le procédé de Hersfeld (*R. S. M.*, XLII, 569). Mais il est parvenu, par son mode de fermeture de la plaie, à abréger notablement le temps nécessaire à la guérison. Au lieu de laisser totalement ou partiellement béante la vaste plaie sacrée et de la tamponner avec de la gaze iodoformée ou de la drainer par le vagin, il referme d'abord entièrement la plaie vaginale. Puis, à l'aide de sutures profondes à la soie, qu'il dispose en étages, il rétrécit le vaste entonnoir et ferme enfin la plaie cutanée au moyen d'une suture de soulagement de Girard, et d'une suture superficielle continue. Dans l'angle supérieur de la plaie, il introduit un petit drain qu'il retire le 2e ou le 3e jour. Chez les 3 opérées, toutes les plaies se sont réunies par première intention. Les sutures furent enlevées le 7e ou le 8e jour et les femmes se levaient le 17e et le 21e.

Ce mode de traitement de la plaie simplifie aussi les soins secondaires, car les opérées peuvent se coucher sur le dos et l'on ne change leur pansement que 2 ou 3 fois, à l'occasion de l'ablation du drain et des sutures. Von Werdt espère avoir fait disparaître ainsi un des gros inconvénients de cette opération.

Dans la discussion, P. Mueller rappelle qu'il y a 2 ans (*R. S. M.*, XXXVIII, 178), il a également eu la même idée de suturer la vaste plaie dans la profondeur. J. B.

**I. — La voie sacrée pour l'extirpation de l'utérus cancéreux, par F. WESTERMARK** (*Hygiea*, *juillet 1894*).

**II. — Sur les méthodes opératoires de la région sacrée, par J. BORELIUS** (*Nordiskt med. Arkiv*, *XXVI*, *24*).

I. — Pour l'auteur, la méthode sacrée est indiquée, lorsque l'utérus est plus ou moins fixé, si l'on peut atteindre les limites de la lésion, lorsque le vagin est trop étroit pour permettre l'hystérectomie vaginale, enfin lorsqu'il y a envahissement du vagin par la néoplasie.

II. — B. propose le procédé suivant : 1° incision des parties molles. Dans la ligne médiane de la hauteur des épines iliaque, postéro-inférieure, à l'extrémité inférieure du coccyx, incision jusqu'à l'os. De l'extrémité inférieure du coccyx l'incision dévie à droite en suivant le bord inférieur du grand fessier. Dénudation du bord droit du coccyx et du sacrum jusqu'au ligament sacro-sciatique droit.

2° Section de l'os dans une ligne oblique par le travers du sacrum en touchant au bord inférieur du 4e trou sacré postérieur droit et du 3e gauche. Le lambeau est remis en place après l'opération. A. C.

**Ueber die Behandlung inoperabeler Uteruscarcinome mittelst parenchymatösen Injectionen von Alkohol, par VULLIET** (*Wiener med. Presse, n° 26, 1894*).

Vulliet recourt aux injections parenchymateuses d'alcool pour 2 catégories de cancers inopérables de l'utérus, à savoir quand l'envahissement des ligaments et du tissu conjonctif pelvien s'oppose à ce que même avec une hystérectomie totale, on puisse enlever tous les tissus malades et lorsque l'extirpation totale de l'utérus a été suivie de récidive. A l'aide d'une seringue de Pravaz, il injecte de l'alcool absolu dans le néoplasme. En attitude génu-cubitale, le vagin et le col sont d'abord désinfectés, puis on injecte 3 ou 4 seringues au centre de la tumeur; la canule est laissée dans les tissus pendant l'opération. Quand les malades sont peu sensibles, on peut, dans une même séance, pratiquer de 9 à 12 injections en différents points. Peu à peu, on avance vers la périphérie. Les injections alcooliques ont pour effet de provoquer une sclérose locale qui amène le rétrécissement et l'atrophie des vaisseaux sanguins et lymphatiques et restreint la nutrition des parties malades. Les injections d'alcool sont plus efficaces que le raclage, la cautérisation au fer rouge ou avec le chlorure de zinc. CART.

**Travaux d'électrothérapie gynécologique, par APOSTOLI** (*Archives semestrielles d'électrothérapie gynécologique, Paris, 1894*).

L'auteur rassemble les traductions de tous les ouvrages ou mémoires publiés sur l'électrothérapie gynécologique, toutes les discussions survenues dans les congrès ayant trait au sujet qu'il a choisi, ayant ainsi l'intention de faire un véritable compendium complet et international. Dans le premier volume on trouve les travaux anglais de Thomas et Skene Weith, de Spencer Wells, les discussions de la société médico-chirurgicale de Brighton, du congrès de Leed, de la société obstétricale d'Edimbourg, une clinique de Fraser Wright et un travail de Milne Murray, les travaux parus en Belgique, en Amérique, en Italie, en Allemagne. De Russie, Apostoli traduit un très important et très complet travail de Basile Massin.

Le volume se termine par une bibliographie très étendue des ouvrages de Tripier et d'Apostoli concernant l'électrothérapie gynécologique.

F. VERCHÈRE.

**Traité de l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique, par TARNIER** (*In-8° 900 p., Paris, 1895*).

Dans cet ouvrage important de près de 900 pages, l'auteur apporte sa contribution personnelle si prépondérante dans la vulgarisation de l'antisepsie en obstétrique.

L'asepsie est insuffisante dans les accouchements, c'est à l'antisepsie qu'il faut recourir. Le premier chapitre a trait à l'étiologie de la fièvre puerpérale. Le streptococcus pyogène, le staphylocoque doré et le vibrion septique sont les agents les plus communs des accidents septiques observés chez les nouvelles accouchées. Il faut en empêcher l'accès en étudiant la mode de production et la façon dont ils pénètrent dans les voies géni-

tales. Le second chapitre a trait aux considérations relatives à l'hygiène hospitaliée.

Le troisième chapitre, l'un des plus originaux, s'occupe de la valeur des différents antiseptiques et donne l'exposé des nombreuses expériences instituées par Vignal. Le sublimé est le plus puissant de tous, mais sa toxicité le rend d'un usage dangereux dans les soins à donner aux femmes. On doit s'en servir exclusivement pour le lavage des mains, la désinfection des canules, les toilettes externes ou les injections vaginales. On doit l'employer en solution au 1/4000. L'acide phénique, le sulfate de cuivre sont dangereux. L'acide phénique est un agent très utile pour la désinfection des instruments. Le permanganate de potasse au 1/2000 est particulièrement utile dans le cas de fétidité des lochies. Pour les injections intra-utérines, l'iode à la dose de 2 à 3 0/00 s'est montrée à la fois l'antiseptique le moins toxique et le plus puissant. Les autres antiseptiques, la microcidine, surtout l'acide borique, et d'autres étudiés dans le chapitre ont une activité bien moindre.

Pour le pansement des déchirures, l'iodoforme semble la substance la plus utile.

Partant de ces principes qui forment pour ainsi dire la base fondamentale de toutes les conclusions ultérieures, l'auteur étudie l'application de de l'antisepsie à la pratique obstétricale. L'ouvrage prend alors l'allure d'un véritable traité clinique où sont passées successivement en revue les considérations relatives à l'asepsie du personnel, de la femme enceinte, de la parturiente (accouchement normal, délivrance, hémorragie, déchirures des organes génitaux, rétentions des membranes et du placenta, avortement, opérations obstétricales), de la femme en couches (couches normales, infections puerpérales).

On lira avec le plus grand profit le chapitre relatif aux injections intra-utérines, dont l'historique, la technique opératoire, l'utilité et les inconvénients sont étudiés avec les détails les plus circonstanciés et toute l'ampleur désirable. L'auteur ne se dissimule pas les risques que peuvent entraîner les injections intra-utérines. L'histoire de la mort subite à la suite de cette opération y est rapportée avec le plus grand soin. L'auteur a fait avec Tissier de nombreuses expériences sur la possibilité de l'introduction de l'air et de la substance injectée dans les veines et a montré les conséquences redoutables de cet accident. Avec l'aide de Vignal, il a pu établir la toxicité des différents antiseptiques et il est arrivé aux résultats suivants: La mort rapide ou subite peut survenir lorsqu'on introduit dans le système veineux par kilogramme d'animal 169 milligrammes de lysol, 60 milligrammes d'acide phénique, 6 milligrammes de biiodure de mercure, 5 milligrammes de sulfate de cuivre, un demi-centimètre cube de solution officinale à 30° de perchlorure de fer dans 100 parties d'eau, 3 milligr. 1/2 de sublimé corrosif. Les substances suivantes, introduites dans la veine par kilogramme d'animal, sont inoffensives à la dose de 20 milligrammes d'iode, de 24 milligrammes de microcidine, de 36 milligrammes d'acide salicylique, 60 milligrames de permanganate de potasse, de 180 milligrammes de phéno-salyl. Si on compare les résultats donnant la toxicité de ces agents à la valeur antiseptique, on voit qu'il faut prendre garde que l'appareil à injecter soit bien purgé d'air et qu'on doit rejeter l'emploi de l'acide phénique, du lysol,

du phéno-salyl, du sulfate de cuivre, du perchlorure du fer, du sublimé corrosif et du biiodure de mercure. Pour les injections intra-utérines on ne doit donc se servir que l'iode à 2 ou 3 0/00, le permanganate de potasse à 1/2000 ou à 1/4000 la microcidine à 4/1000, l'acide salicylique à 2 ou 3/1000. L'iode paraît le meilleur et le moins toxique. L'acide borique et le naphtol sont des antiseptiques de médiocre valeur.

Dans certains cas, le curetage présente quelques indications. Enfin lorsque la péritonite aigüe est déclarée, il ne reste plus à faire que la laparotomie et le nettoyage de la cavité péritonéale. En recourant à cette grave intervention justifiée par une maladie presque constamment mortelle, on peut encore conserver un dernier quoique bien faible espoir.

Le traitement antiseptique ne doit pas seulement conserver toute sa vigueur dans le traitement de la femme enceinte et de la femme en couches il doit présider aux soins à donner à l'enfant. Le pansement antiseptique du cordon est l'objet de considérations intéressantes. Il a cependant un inconvénient curieux à signaler, c'est le retard de la chute du cordon.

PORAK.

**Ueber das bacterienfeindliche..... (Le pouvoir bactéricide du contenu vaginal pendant la grossesse), par B. KRÖNIG** (*Deutsche med. Woch.*, *n° 43, p. 819, 1894*).

Le liquide vaginal de la femme enceinte se divise, au point de vue bactériologique, en 3 variétés : tantôt il renferme des bacilles, tantôt de courts bâtonnets, tantôt des coccus, mais tous ces germes qui habitent normalement le vagin de la femme enceinte sont anaérobies et non pathogènes.

Si l'on introduit dans le vagin d'une femme enceinte un germe pathogène : pyocyaneus, staphylococcus aureus, streptocoques comme l'a fait Krönig, on peut constater, qu'au bout d'un temps assez court, les germes introduits périssent. Il faut 14 à 16 heures, pour la disparition des deux premiers germes et 5 heures pour le dernier.

Les facteurs de cette désinfection spontanée sont : l'acidité du liquide vaginal, l'antagonisme des germes normaux, le phagocytisme, l'absence d'oxygène ; tous concourent simultanément au résultat sans que le rôle d'aucun soit prépondérant. Si 2 heures après l'infection artificielle du vagin, on fait une injection de 2 litres de lysol avec ou sans friction digitale, on constate que non seulement les germes pathogènes introduits artificiellement n'ont pas été tués, ni entraînés par le lavage mais encore que le pouvoir bactéricide du vagin a notablement diminué ; il faut presque le double de temps pour que la désinfection spontanée ait lieu.

La conclusion de ces recherches qui ont porté sur un grand nombre de femmes et ont été faites à la clinique de Leipzig, est que le toucher chez la femme enceinte est sans inconvénient. Il est toujours utile de prendre les précautions antiseptiques parce qu'on ignore quand viendra l'accouchement, mais il est inutile et même nuisible de faire des injections et cela même en cas d'intervention opératoire. La suppression des injections, depuis 18 mois, sur près de 1,500 accouchées, a donné des résultats aussi bons qu'avec l'antisepsie objective.

Pour obtenir un résultat des injections, il faudrait traiter le vagin comme les mains avec la brosse, le savon et le sublimé, ce qui n'est pas sans inconvénient.

H. DE BRINON.

**Amputation du col utérin pour prolapsus chez une femme enceinte, par RAPIN** (*Revue méd. Suisse romande*, *XIV*, *n° 5*, *p. 329*).

Femme au 2e mois de la grossesse, atteinte de prolapsus utérin. La portion vaginale était seule hypertrophiée, mesurait 6 centimètres et faisait une saillie de 3 à 4 centimètres à la vulve. Vu l'impossibilité de maintenir le prolapsus par un pessaire, Rapin fit l'amputation circulaire à 3 centimètres du museau de tanche, après avoir assuré l'hémostase en traversant le col avec une aiguille armée d'un fil double, au-dessus de la ligne de section et lié provisoirement le col comme un pédicule. Suture au catgut de la muqueuse intra-cervicale à la muqueuse extracervicale comme dans l'opération de Schröder ; tampon iodoformé dans le vagin. Guérison sans interruption de la grossesse.

J. B.

**Die acuten Infectionen Krankheiten in ihrer Wirkung auf die Schwangerschaft (Action, sur la grossesse, des maladies infectieuses aiguës), par KLAUTSCH** (*Münch. med. Wochens.*, *p. 1049*, *1894*).

Dans ce travail de critique relevons cette conclusion de l'auteur, que le fœtus, dans une maladie infectieuse de la mère, n'est pas directement mis en danger par l'infection, tant que les troubles produits dans l'organisme maternel ne dépassent pas une certaine limite. Le fœtus est bien plutôt menacé par l'élévation de la température et les troubles de la circulation, ainsi que par les altérations pathologiques de la muqueuse utérine.

C. LUZET.

**Toxœmia of pregnancy : its diagnosis and treatment, par Edward DAVIS** (*The Amer. j. of the med. sc.*, *p. 147*, *février 1894*).

Sous le nom de toxémie gravidique on doit entendre l'état de la femme enceinte chez laquelle les éléments toxiques se trouvent en excès. Le mode de production des toxines qui menacent la femme enceinte n'est pas clairement élucidé. Dans son travail, l'auteur se propose de donner les méthodes d'investigation clinique qui ont été mises en usage pour faire le diagnostic de cette toxémie, les procédés thérapeutiques à recommander, et de rappeler les observations recueillies.

C'est à l'examen des urines qu'il faut s'adresser pour éclairer le diagnostic : la densité, la couleur, la réaction, la présence ou l'absence de l'albumine, de la glycose, de la lactose et de l'urée, tels sont les éléments à étudier. Les deux plus importants pour l'auteur sont l'urée et le sucre ou acétone. Dans 84 cas pour lesquels furent faits 564 examens (331 avant le travail et 233 après), le pourcentage de l'urée a été de 1,4 0/0 avant le travail, et dans la majorité des cas après la délivrance, il était de 1,9 0/0. Par contre, une notable diminution de l'urée était notée dans les cas compliqués d'éclampsie ou de symptômes de toxémie grave.

Les symptômes de toxémie qui réclament un traitement actif sont une notable diminution dans les excrétions de la patiente, solides ou liquides ; une diminution de l'appétit, avec sensation de nausées, céphalalgie, sécheresse de la peau, absence de moiteur et lassitude physique et morale. La présence de l'albumine coïncidant avec celle des tubes et de l'épithélium au microscope, a une signification fâcheuse ; il n'en est plus de

même si l'on rencontre l'albumine seule. La présence du sucre et de la lactose n'est pas en relation directe avec l'état toxémique.

Le traitement de la toxémie gravidique doit avoir pour objectif de provoquer le fonctionnement des reins, du foie, de l'intestin, de la peau et des poumons. Le régime lacté est le moyen par excellence. Pour activer le rôle du foie on se trouvera bien de l'administration du calomel, de purgatifs fréquents; il faudra rejeter les sels de potasse. Les bains et les douches faciliteront l'action excrétante de la peau. Dans les cas d'éclampsie il faut rapidement terminer la grossesse par la dilatation de l'utérus et l'extraction du fœtus. F. VERCHÈRE.

**Hinterscheitelbeinenstellung, par GÖNNER** (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 16, p. 511, 15 août 1894*).

Sur 2,400 accouchements de la clinique obstétricale de Bâle, on a compté 8 présentations pariétales postérieures, soit un peu plus de 0,3 0/0. Dans 7 de ces cas, le bassin était retréci ; la proportion de cette présentation dans les rétrécissements pelviens s'élève à 7 0/0. Dans le 8e cas, le bassin était normal, mais il existait de l'hydrocéphalie ; 7 mères ont guéri, 1 a succombé à la rupture de l'utérus, 3 enfants ont survécu, 2 sont morts pendant l'accouchement et 3 ont dû subir la perforation du canal ; le pronostic est donc mauvais en ce qui concerne les enfants. Il est rare qu'une présentation pariétale postérieure compliquée de bassin rétréci se corrige spontanément ; lorsqu'on a laissé passer le moment propice pour la version, on en est souvent réduit à la craniotomie. Gönner fait sienne la façon de procéder de Bischoff : application du forceps, correction de l'attitude vicieuse par des manœuvres combinées ou seulement internes, tandis que le forceps maintient la tête dans une meilleure position ; extraction par le forceps. Cette manière de faire est préférable à celle de Lehmann qui propose de corriger d'abord l'attitude et d'appliquer ensuite le forceps, parce que, dans l'intervalle, les contractions utérines peuvent ramener le crâne dans son attitude vicieuse.

J. B.

**Ovariotomie während der Schwangerschaft und nach der Geburt, par Luigo MANGIAGALLI** (*Berlin. klin. Woch., n° 21, p. 491, 21 mai 1894*).

Sur un total de 150 ovariotomies, Mangiagalli en a pratiqué 5 chez des femmes enceintes et 11 chez des accouchées. L'opération n'a jamais interrompu le cours de la grossesse. Une seule femme a succombé, celle dont la grossesse était la plus avancée (7e mois) ; le kyste ovarique suppuré et rompu avait entraîné une péritonite généralisée. Après ponction césarienne, ablation de l'utérus et énucléation du kyste, mort par le choc le jour même. Chez une autre femme, à la suite de l'ovariotomie effectuée au 3e mois, les vomissements duraient incoercibles et il fallut pratiquer l'avortement artificiel.

Quant aux ovariotomies à la suite de couches ou d'avortements, elles ont donné 2 décès sur 11 opérations se décomposant ainsi : 5 kystes suppurés (2 morts); 2 kystes suppurés avec torsion du pédicule; 2 torsions du pédicule avec péritonite; 1 rupture du kyste: 1 épanchement sanguin dans le kyste. J. B.

**I. — Zur Casuistik der Ergotingangrän, par Achilles NORDMANN** (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 12, p. 369, 15 juin 1894*).

**II. — Einige Bemerkungen zu Nordmann's Aufsatz....., par E. MARCUS** (*Ibidem, n° 16, p. 502, 15 avril 1894*).

I. — Primipare de 24 ans, un peu chlorotique; la délivrance artificielle n'ayant pas mis fin aux métrorragies, Nordmann injecte 25 centigrammes d'ergotine. Presque immédiatement la femme éprouve dans la région sacrée, un sentiment de malaise qui va croissant. Le 3e jour, N. constate à la partie inférieure du sacrum, sur la ligne médiane, une plaque d'un brun noirâtre indolore, sèche, ayant la consistance du cuir et mesurant 6 centimètres dans ses plus grands diamètres; la zone de peau environnante est un peu rouge et douloureuse dans l'étendue de 1 centimètre; les jours suivants l'aréole rouge devient plus caractérisée, les parties noires, gangrénées, commencent à se détacher de la couche sous-jacente et des tissus voisins qui suppurent un peu. L'élimination de la peau morte est complétée le 10e jour à l'aide des ciseaux; elle laisse une ulcération allant jusqu'au périoste et à laquelle succède une cicatrice adhérente à l'os. Durant tout ce temps, aucun trouble de la santé générale.

Une gangrène aussi limitée des téguments du tronc et simulant une escarre n'a guère été signalée jusqu'ici dans l'ergotisme. Nordmann n'a trouvé à rapprocher de son cas que celui de E. Marcus (*Deutsche med. Woch.*, 1892, n° 47), rapporté sous le titre de : glycosurie et escarre chez une accouchée.

Chez la malade de Marcus comme chez celle de Nordmann, on relève des hémorragies de la délivrance, l'emploi de préparations de seigle ergoté et la production de gangrènes cutanées localisées à la région sacrée. Aussi Nordmann conteste-t-il l'interprétation de Marcus qui met l'escarre sur le compte de la glycosurie.

II. — Marcus répond à Nordmann qu'il n'a pas complètement légitimé son propre diagnostic, car, même sans parler de la fréquence des thromboses puerpérales, il n'a pas examiné les urines de la malade ni spécifié le lieu de son injection. En 34 ans de pratique obstétricale, malgré son emploi fréquent des préparations ergotées, Marcus n'a jamais vu, ni entendu parler d'accidents semblables. Toutefois il existe quelques observations de gangrène des extrémités. J. B.

**Weitere Mittheilungen über Placentartuberculose, par F. LEHMANN** (*Berlin. klin. Woch., 25 juin et 9 juillet 1894*).

Dans le 1er article, Lehmann décrit un nouveau cas (*R. S. M.*, XLII, 579) de tuberculose placentaire constaté à l'autopsie d'une femme atteinte de tuberculose chronique du larynx et qui avait accouché récemment; son enfant n'avait vécu que 10 jours et ne présentait pas trace de tuberculose à l'autopsie.

Les foyers tuberculeux de placenta occupaient les villosités choriales.

Dans le 2e article, malgré le même titre, il ne s'agit pas d'une tuberculose placentaire, du moins, le placenta n'a pu être examiné. Mais en tout cas, on a là un fait rare de tuberculose d'origine intra-utérine incontestable.

Une femme de 40 ans, depuis longtemps phtisique, était accouchée la veille au soir, lorsqu'elle fut prise de raideur de la nuque, de paralysie des moteurs oculaires externes, d'obnubilation intellectuelle ; elle succombait dès le lendemain. Son autopsie révéla une tuberculose ancienne des poumons avec éruption miliaire disséminée un peu partout sur les poumons ; quelques granulations dans le grand épiploon et une méningite tuberculeuse très accentuée. A l'œil nu, le péritoine et l'utérus, même au niveau de l'insertion placentaire, étaient sains.

L'enfant, mort au bout de 24 heures, présentait de la sérosité dans les plèvres et le péricarde ; un pointillé hémorragique du péricarde; dans le myocarde du ventricule gauche un foyer jaune gris ayant les dimensions d'une tête d'épingle ; du gonflement et de l'induration des ganglions aortiques bronchiques, mésentériques rétropéritonéaux et de la veine porte ; à la coupe, ces ganglions étaient jaunes et un peu friables. Sous la plèvre des 2 poumons, se voyaient, par transparence, des foyers gris ou jaune-gris dont les plus gros avaient le volume de têtes d'épingles. Le péritoine était intact. Le foie offrait à sa surface et à son intérieur des foyers gris nettement délimités, variant d'une pointe d'épingle à un grain de mil et en partie confluents. Mêmes foyers dans la rate très volumineuse. Enfin dans le rein gauche un petit foyer miliaire gris.

L'examen microscopique du foie, de la rate, des poumons et des ganglions y fit reconnaître de nombreux bacilles tuberculeux. Dans le foie, la rate et les poumons, on trouvait des tubercules de tout âge, depuis les petits composés d'un amas de cellules rondes jusqu'aux gros présentant déjà à leur centre une métamorphose régressive avancée ; aucun cependant ne contenait de cellules géantes, mais on distinguait jusqu'à 30 bacilles ou davantage dans un champ visuel. J. B.

**I. — Ueber Osteomalacie, par FEHLING** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 22, p. 528, 28 mai 1894*).

**II. — Beitrag zur Bedeutung der Castration bei Osteomalacie, par ORTHMANN** (*Ibidem*).

**III. — Discussion de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin** (*Ibidem*).

I. — D'après Petrone, l'ostéomalacie serait due à des microorganismes producteurs d'acide nitreux, et ce ne serait pas l'opération elle-même qui guérirait la maladie, mais bien le chloroforme employé comme anesthésique qui tue ces microbes ; aussi le même résultat serait-il obtenu par l'administration du chloral. Mais Löhlein a vainement tenté des cultures avec des morceaux d'os ostéomalaciques ; d'autre part, dans des maladies très diverses, les urines renferment de l'acide nitreux, et Fehling a administré inutilement à ses ostéomalaciques du chloroforme ou du chloral. Fehling n'a pas constaté non plus l'augmentation des cellules éosinophiles du sang signalée par Neusser ; en revanche, il a trouvé une dégénération hyaline des artères ovariennes et un excès d'urée dans l'urine, lequel diminuait après la castration. Il rappelle qu'il est incontestable que dans la dernière période de la grossesse et pendant les couches il existe une légère ostéomalacie physiologique qui peut acquérir un degré morbide, pense-t-il, en cas de maladie des ovaires. C'est là ce qui explique l'efficacité de l'opération de Porro et de la castration. Il est en outre hors de doute que l'humidité du logement favorise l'éclosion de l'ostéomalacie, car les 2 seules récidives que Fehling a vues chez ses opérées, concer-

naient des femmes logées dans des conditions très défectueuses sous ce rapport. Sur ses 14 castrations, il a obtenu 7 guérisons parfaites et durables et 1 récidive ; pour les 6 autres femmes, ou il manque de renseignements récents, ou la castration est de date trop récente. Quant à ses 7 opérations de Porro, une femme a succombé aux suites, 1 a eu une récidive, tandis que les 5 autres sont guéries. Quoi qu'il en soit, grâce à l'opération, alors que Litzmann comptait encore 80 0/0 de mortalité dans 'ostéomalacie, c'est maintenant 80 0/0 de guérison que l'on obtient.

II. — *Orthmann* relate une castration qu'il a faite il y a 3 ans 1/2. La emme, parfaitement guérie, peut transporter de pesants fardeaux. Les annexes qu'il a examinées offraient des artères très flexueuses, des veines variqueuses dans les ligaments et les ovaires, et une dégénération hyaline des vaisseaux, sans émaciation des tissus. Il croit que les altérations vasculaires sont spécifiques et nullement, comme l'admet Wïnckel, la conséquence de déplacement des organes.

III. — *Chrobak* estime que la cessation subite des douleurs après l'opération ne peut s'expliquer que par l'origine nerveuse de l'affection. Au surplus, il a obtenu parfois, dans quelques cas, 2 fois même après une castration inefficace, d'excellents résultats de l'administration du phosphore, à la dose quotidienne de 5 milligrammes.

*Thorn*, dans son cas, a trouvé une émaciation très nette des tissus.

A *von Wïnckel*, Fehling réplique que la persistance d'un certain degré de sensibilité des os après l'opération, ne prouve rien contre la guérison, car elle existe aussi chez beaucoup de personnes non atteintes d'ostéomalacie. J. B.

**Accouchement prématuré artificiel, pratiqué pour la troisième fois, chez la même femme, par MARDUEL** (*Lyon méd.*, *10 février 1895*).

Jeune femme, premier accouchement, il y a 11 ans, terminé par application de forceps des plus pénibles. Enfant vivant.

Il y a 8 ans, deuxième grossesse. Bassin à diamètre promonto-pubien de 8 centimètres. Accouchement prématuré par le ballon de Tarnier, à 8 mois. Enfant vivant.

En 1889, troisième grossesse. Accouchement prématuré à 8 mois et quart par le procédé de Krause ; dilatation complète en 43 heures, mais inertie utérine, nécessité d'application de forceps ; enfant vivant, de près de 3 kilogrammes.

Quatrième accouchement prématuré, récent, au huitième mois, par la sonde. Enfant vivant, 3,050 grammes. Aucun accident pour la mère dans ces 3 cas.

A. CARTAZ.

**De la métrite comme cause d'avortement, par ZICLENSKI** (*Thèse de Paris*, *1894*).

La métrite joue un rôle très important dans la pathogénie de l'avortement. Elle porte presque exclusivement sur la caduque pariétale ou la caduque inter-utéro-placentaire. Sur la caduque pariétale, elle revêt les formes de métrite hyperplasique, polypeuse, kystique, hémorragique catarrhale et très rarement purulente. A la caduque inter-utéro-placentaire, on constate la périartérite placentaire qui conduit aux hémorragies, l'hypertrophie du tissu conjonctif ou les altérations multiples des cellules déciduales avec leurs conséquences, placenta-marginata, infarctus blanc,

amenant du côté du placenta fœtal l'hypertrophie, l'atrophie ou les adhérences. L'hydrorrhée et les adhérences du placenta sont incontestablement liées à des lésions de la caduque survenues chez des femmes ayant présenté souvent, mais non constamment avant leur grossesse, des symptômes de métrite. Aussi ces lésions semblent-elles bien avoir le caractère inflammatoire dans le plus grand nombre des cas. Au point de vue de l'étiologie et de la symptomatologie l'auteur s'efforce de montrer la prépondérance de la métrite dans l'histoire de l'avortement, mais il accorde néanmoins qu'au point de vue du diagnostic la subordination de l'avortement effet à la métrite cause est assez difficile à établir. PORAK.

**Fièvre typhoïde et fièvre puerpérale, par D. CHELLIER** (*Thèse de Paris, 1894*).

Une femme enceinte de 7 mois est prise de fièvre typhoïde. Elle accouche prématurément, 7 jours après le début de la fièvre, d'un enfant vivant qui succombe 4 jours après sa naissance. En même temps surviennent des accidents septiques puerpéraux. Les ulcérations vaginales se recouvrent d'une couche diphtéroïde et la malade présente les frissons répétés, les vomissements. Guérison lente.

L'auteur rapproche de cette observation plusieurs autres cas inédits ou déjà publiés, dont deux suivis d'autopsie ont démontré la coexistence de plaques de Peyer altérées dans l'intestin et de péritonite purulente.

Des expériences de Chantemesse démontrent que l'inoculation du bacille d'Eberth et de streptocoque produit chez les lapins les lésions des plaques de Peyer d'où on peut cultiver le bacille d'Eberth et coïncidemment des suppurations où on trouve le streptocoque.

L'auteur ne pense pas qu'il s'agisse dans ces cas d'une infection par autogenèse, mais bien d'une infection extérieure. D'où il conclut à la nécessité de surveiller avec la plus grande attention les soins antiseptiques des organes génitaux chez la nouvelle accouchée. PORAK.

**Grossesses extra-utérines et hémorragies internes, par ROCHET** (*Ann. Soc. belge chir., 15 novembre 1894*).

Rochet communique les observations de 4 cas d'hémorragies internes graves, dues à la rupture d'une trompe gravide ou non et d'un cas d'hémato-salpinx avec légère hémorragie intrapéritonéale. La discussion clinique de ces faits le conduit à conclure ainsi :

Le diagnostic d'une grossesse tubaire non rompue d'avec une hématosalpinx est impossible;

Le diagnostic d'une grossesse extra-utérine rompue d'avec une hématocèle, résultat d'une hémato-salpinx rompue ou de toute autre cause, est aussi impossible;

L'indication thérapeutique découle du symptôme capital (hémorragie interne), dont la cause primordiale ne peut être reconnue et traitée qu'après ouverture du ventre.

Les hémorragies internes chez la femme sont presque toujours d'origine annexielle; les observations où la cause était dans un autre point sont très rares. OZENNE.

**De l'avortement tubaire, par M. MURET** (*Revue méd. Suisse romande, XIV, n° 3, p. 200, mars 1894*).

Cette terminaison, peu connue de la grossesse tubaire pendant les premiers mois, est cependant assez fréquente, plus peut-être que la rupture de la trompe gravide.

L'avortement tubaire complet évolue en une fois. Il y a expulsion de l'œuf dans la cavité abdominale, avec symptômes plus ou moins marqués de coliques tubaires, expulsion d'une caduque utérine, formation d'une hématocèle intrapéritonéale, puis tout rentre dans l'ordre ; il n'y a pas répétition d'attaques. L'avortement tubaire complet doit donc être considéré comme une terminaison favorable de la grossesse tubaire, ne donnant pas lieu à intervention opératoire et dont le diagnostic est possible.

Dans l'avortement tubaire incomplet, il y a rétention dans la trompe d'une partie de l'œuf et formation d'une môle tubaire. Celle-ci donne lieu, comme un polype placentaire dans l'avortement utérin incomplet, à des hémorragies qui se répètent aussi longtemps que la trompe n'est pas complètement évacuée. Le sang écoulé dans la trompe se vide chaque fois dans la cavité abdominale, à travers l'orifice abdominal béant et forme une hématocèle qui grandit de plus en plus. Les symptômes de l'avortement tubaire incomplet sont des coliques tubaires, l'expulsion d'une caduque sans villosités choriales, des attaques répétées de douleurs intermittentes avec symptômes d'hémorragie interne. Localement, on constate d'abord une tuméfaction de la trompe et ensuite l'apparition d'une tumeur augmentant graduellement. Au début, les symptômes d'anémie sont beaucoup moins aigus et graves que dans les cas de rupture de la trompe gravide.

On trouve alors quelquefois au niveau de l'insertion de la môle tubaire un amincissement très considérable de la paroi de la trompe. Cet amincissement, auquel on n'avait jusqu'ici guère fait attention, paraît, au premier abord, difficile à expliquer, puisque, la trompe étant largement ouverte du côté de l'abdomen, il ne saurait y avoir une tension considérable dans sa cavité. Muret l'explique en admettant que l'hémorragie reste localisée au début au lieu d'insertion de l'œuf, entre ce dernier et la paroi de la trompe qui se trouve nécessairement alors distendue. Il est même probable que cet amincissement peut amener en cet endroit la rupture de la trompe, même lorsque l'orifice abdominal est largement béant.

Dans les cas d'avortement tubaire incomplet, la laparotomie est toujours indiquée ; il s'agit d'enlever la môle pour mettre fin aux hémorragies. L'idéal du traitement serait d'évacuer la trompe sans l'extirper.

J. B.

# MALADIES DES ENFANTS.

**Aetiologie der Meningitis, purulenta par F. SCHERER** (*Jahrb. f. Kinderh.*, *XXXIX*, *p. 1*).

Trois cas de méningites suppurées survenus épidémiquement chez de jeunes enfants au sein et dûs certainement au bacterium coli. Accident d'ictère, de gastro-entérite, compliquant le tableau clinique. S. discute la question de savoir si le bacillus meningitis putridæ (diplococcus intracellularis) décrit par Neumann et Schœffer dans un cas de méningite suppurée de l'adulte ne serait pas le bacterium coli méconnu.

A.-F. PLICQUE

**Sclérose en plaques chez un enfant de dix ans, par DROUET** (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, *22 novembre 1894*).

L'enfant est né à terme, l'accouchement a été pénible et à la fin la mère a pris du seigle ergoté.

Depuis sa naissance jusqu'à 6 ans il a eu des convulsions générales très fréquentes ; à 5 ans il a eu pendant 18 jours des accidents qualifiés de méningite, et qui se sont renouvelés ultérieurement ; il n'a commencé à marcher soutenu qu'à 4 ans, seul qu'à 6 ans. Actuellement l'enfant a une expression abrutie ; et il parle en faisant des grimaces indescriptibles.

Désordres de la marche très accusés ; la pointe du pied se porte très en dedans, puis le genou s'élève, se fléchit, et la jambe décrit un arc de cercle, le tout par saccades et avec un tremblement très accusé ; le pied retombe toujours sur la pointe ; l'enfant ne peut rester debout en place sans s'appuyer, même au repos les pieds sont en varus équin, les orteils en griffe, le gros orteil en extension forcée, pas de contracture des jambes.

Aux membres supérieurs le tremblement est bien plus accusé ; nul au repos, il ne se montre que pendant les mouvements et tout à fait typique. La force musculaire des mains est conservée, sensibilité cutanée intacte ; réflexes rotuliens conservés. Pas de déviation rachidienne ; nystagmus peu prononcé. Le malade a encore pendant le sommeil des attaques convulsives avec grimaces et pâleur de la face.

H. L.

**De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile, par LEBLAIS** (*Thèse de Paris, 1894*).

Sur 29 cas étudiés dans le service de Bourneville à Bicêtre, 7 fois le testicule était atrophié du côté des membres paralysés, 1 fois il était augmenté de volume. La différence d'un testicule à l'autre ne peut être constatée avant 15 ou 16 ans. Le développement du système pileux se fait d'une manière fort irrégulière ; tantôt il est normal ; tantôt il est plus abondant du côté sain ; tantôt il est suivant les régions plus développé, soit du côté sain, soit du côté paralysé ; exceptionnellement il est plus développé du côté paralysé.

H. L.

**Meningocele spuria traumatica cranii, par KRÖNLEIN** (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 15, p. 476, 1er août 1894*).

Garçonnet de un an et demi, mis au monde avec peine par le forceps. Peu après la naissance, on remarque, sur le pariétal gauche, une tumeur du volume d'une tête d'enfant, fluctuante, non compressible, ni pulsatile, siégeant au niveau d'une perte de substance osseuse ayant l'étendue d'une petite paume de la main. Opération, le 15 décembre 1893, consistant en la mise à découvert du sac conjonctif de la tumeur et en son extirpation. Drain et suture. Réunion par première intention (*R. S. M.*, XLIV, 594). J. B.

**Intermittenten Formen der fibrinösen Pneumonie, par N. BEHREND** (*Jahrb. f. Kind., XXXIX, p. 12*).

B. admet les trois types suivants de pneumonies intermittentes :

1° Pneumonie intermittente d'origine palustre. Ses caractères sont une période prodromique, un début par de la bronchite comme dans la pneumonie de l'influenza, l'action efficace du sulfate de quinine, le gonflement aigu de la rate, le stade d'apyrexie un peu plus court que le stade fébrile, la fièvre offrant souvent au début le type de grands accès tierces ou quotidiens ;

2° Infection mixte d'impaludisme et de pneumonie vraie ;

3° Evolutions par poussées congestives successives dans le noyau hépatisé donnant les exacerbations. La rémission est alors irrégulière, le stade fébrile est beaucoup plus prolongé que le stade d'apyrexie, la rate n'est pas grosse, la quinine n'a pas d'action spécifique.

L'examen du sang est indispensable dans tous les cas douteux.

A.-F. PLICQUE.

**Maladies congénitales du cœur, par MOUSSOUS** (*Un vol. de 239 p., Paris, 1895*).

Ce volume comprend l'étude des lésions congénitales du cœur autres que la dextrocardie, les ectopies, la dualité et l'absence de ce viscère.

Après un exposé des notions sur l'embryogénie et l'anatomie du cœur nécessaires à la compréhension de son sujet, Moussous étudie l'anatomie pathologique des lésions congénitales du cœur; il les divise en anomalies isolées (de la cloison interventriculaire, de la cloison interauriculaire, des gros vaisseaux, des appareils valvulaires, du canal artériel, des cavités cardiaques) et en anomalies associées. Il divise nettement les formes anatomo-pathologiques constituées par l'association de plusieurs anomalies en deux catégories : la première comprend tous les faits où on trouve une anomalie rappelant un des états transitoires de la phase embryonnaire, inachèvement du cloisonnement ou véritable aberration du processus formatif; la seconde comprend tous les cas rappelant comme localisation les lésions ordinaires des maladies acquises avec cette différence qu'il y a persistance des voies fœtales, coïncidence qui leur confère leur cachet de maladies congénitales.

Avec Rokitansky, Moussous pense que la plupart des maladies congénitales du cœur sont dues à des arrêts de développement ; la coïncidence fréquente de l'endocardite est due, d'après lui, à ce que les malformations

du cœur sont un appel à l'endocardite, laquelle s'attaque aux points les plus vulnérables, à ceux qui ont été victimes d'un développement embryogénique vicieux ; l'état dyscrasique créé par la malformation cardiaque elle-même peut favoriser le développement de cette endocardite, qui peut également être due aux causes habituelles des endocardites.

Les symptômes des diverses malformations du cœur sont étudiés en détail, en tenant compte des recherches les plus récentes.

GEORGES THIBIERGE.

**Ein Fall von Wunddiphtherie..... (Plaie diphtéritique avec bacille de Lœffler), par Rudolf ABEL** (*Deutsche med. Woch., n° 26, p. 548, 1894*).

Il s'agit d'une enfant de 7 ans atteinte de diphtérie pharyngée le 6 novembre et guérie le 25. Les deux sœurs de cette enfant avaient contracté la maladie, l'une le 18 octobre, l'autre le 4 novembre.

Le 17 novembre, on constata sur un doigt une plaie dont l'enduit paraît de nature diphtéritique ; l'examen microscopique, la culture bactériologique et l'inoculation au lapin prouvent qu'il s'agit du bacille diphtéritique pur. La plaie guérit sous l'influence d'attouchements répétés au perchlorure de fer.

H. DE BRINON.

**Hémiplégie suite de diphtérie par BEHREND** (*Archiv für Kinderh., XVII, 5 et 6*).

Enfant de 6 ans, pris au quatrième jour d'une diphtérie, de vomissements, stupeur et de spasmes cloniques des membres du côté gauche. Puis survient une paralysie du côté gauche, avec paralysie faciale gauche. On diagnostique une embolie de l'artère sylvienne. Mort au quatorzième jour, de paralysie cardiaque. A l'autopsie, dégénérescence du cœur et thrombus de l'artère sylvienne.

A. C.

**Statistik der Scharläh, par Th. HASE** (*Jahrb. f. Kinderh., XXXIX, p. 63*).

De 1871 à 1893 ont été soignés à l'hôpital d'enfants de Saint-Pétersbourg 2,453 scarlatineux, 975 garçons, 1,478 filles. Morts : 770, dont 367 garçons, 403 filles. Au point de vue des associations morbides 31 cas de scarlatine greffée sur une coqueluche ont donné 13 décès, 13 cas greffés sur une fièvre typhoïde ont donné 3 décès, 37 cas greffés sur la rougeole ont donné 13 décès, 10 cas associés à la rougeole d'emblée ont donné 8 décès, 15 récidives incontestables ont été observées chez des enfants de 1 à 7 ans presque toujours après une première atteinte bénigne. Ces récidives rares s'observent de la troisième à la sixième semaine, au contraire des pseudo-récidives beaucoup plus précoces. Huit fois elles se sont compliquées de néphrite.

A.-F. PLICQUE.

**Péritonite tuberculeuse; laparotomie; guérison; rapidité de résorption, par L. HENDRIX** (*Ann. Soc. belge chir., 15 décembre 1894*).

Enfant de 5 ans présentant, dans la région ombilicale, une tumeur du volume d'une orange, dure, régulière, douloureuse à la pression. En dehors de cette grosseur il existe dans la cavité péritonéale plusieurs autres tumeurs plus petites. Etat général voisin de la cachexie. Laparotomie : on enlève un petit fragment de la tumeur et le ventre est immédiatement suturé. L'analyse bactériologique et l'inoculation aux animaux ont démontré la nature tubercu-

leuse de la production. Cependant l'opération, qui n'a été qu'une mise à l'air du péritoine, a été suivie d'amélioration, et 8 mois plus tard on ne percevait plus dans le ventre aucune tumeur. Actuellement l'enfant est en bonne santé apparente. OZENNE.

**Sopra un caso di dermatobia noxialis in un bambino lattante, par P. GRADENIGO** (*Atti della R. Inst. Veneto di scienze, V*).

Enfant de 3 mois, ramené du Brésil depuis peu, présentant un gonflement énorme de la paupière supérieure gauche et des tissus voisins, qui avait beaucoup augmenté dans les derniers jours de la traversée. Sur cette tuméfaction on distinguait deux orifices de deux millimètres de diamètre, par lesquels faisait issue un corps cylindrique de coloration claire qui au plus léger attouchement rentrait dans l'orifice. On put extraire par la traction un de ces corps qui se rompit ; l'autre fut extirpé après incision de la paupière. Il s'agissait de larves de dermatobia. L'enfant guérit rapidement. GEORGES THIBIERGE.

**Theorie der Rachitis, par WACHSMUTH** (*Jahrb. f. Kinderh., XXXIX, p. 56*).

W. nie le rôle d'une alimentation trop pauvre en sels calcaires (expériences infructueuses sur les animaux, où la diminution de sels calcaires fut poussée infiniment plus loin qu'elle ne l'est jamais chez l'homme), d'un défaut d'absorption des sels calcaires, d'une élimination exagérée sous l'influence d'acides anormaux. Mais, pour que la chaux se fixe dans l'os, il faut : 1° la présence de grandes cellules cartilagineuses adultes, qui sont précisément chez le rachitique remplacées par de très nombreuses petites cellules ; 2° l'absence d'acide carbonique dans le sang et le tissu osseux empêchant le dépôt de chaux et dissolvant même la chaux déposée ; or on trouverait de l'acide carbonique en excès dans le sang des rachitiques, leurs poumons fonctionnant mal.

Bref le rachitisme serait avant tout une intoxication chronique par l'acide carbonique, une asphyxie de l'os en formation. A.-F. PLICQUE.

**Ueber die sogenannte fötale Rachitis, par CLITO SALVETTI** (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVI, p. 29*).

Dans un cas de l'affection dite rachitisme fœtal, l'auteur a trouvé à l'examen histologique des os, des différences telles entre le rachitisme vrai et son cas, qu'il tend à le séparer entièrement du rachitisme. Si les apparences macroscopiques étaient semblables, on trouvait que la zone d'ossification du cartilage, où les chondroplastes sont disposés en séries, au lieu d'être fort haute, était très étroite, et peu vascularisée, ce qui est fort important, car elle est très vasculaire dans le vrai rachitisme.

C. LUZET.

**Ist Fraktur des Schlüsselbeins Contraindication, ein lief asphyctisch geborenes Kind zu schwingen? par Oskar BEUTTNER** (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte, n° 12, p. 366, 15 juin 1894*).

Beuttner relate un cas d'asphyxie chez un nouveau-né qu'il a ranimé par la méthode du balancement de Schultze, en dépit de l'existence d'une fracture de la clavicule. De cette observation et des 2 autres publiées

par Heydrich (*R. S. M.*, XXXVI, 174) et Schultze (*Centralb. f. Gynaek.*, 1894, nº 8), il conclut :

Chez tout enfant venu au monde asphyxié, en présentation du siège, il faut, avant d'employer la méthode de Schultze, s'assurer s'il existe une fracture de la clavicule. Dans le cas d'affirmative, sans renoncer à l'emploi de cette méthode, on balancera l'enfant avec des précautions particulières, afin d'éviter les blessures de la plèvre et du poumon par les fragments osseux. J. B.

**Zwei Fälle von Barlow'scher Krankheit (Maladie de Barlow), par CONITZER** (*Münch. med. Woch.*, *11*, *p. 203*, *1894*).

Dans ces deux cas, qui pourraient être pris pour une combinaison de rachitisme aigu avec le scorbut, le début de la maladie s'est fait à la fin de la période d'allaitement, 9 et 11 mois. L'un d'eux a débuté en avril, l'autre en mai. Le symptôme prédominant a été la tuméfaction douloureuse des membres inférieurs. Chez les deux existaient de l'anémie, du rachitisme, des sueurs de la tête et, ce qui constituait le symptôme objectif le plus frappant, il y avait une sensibilité considérable avec gonflement des parties molles profondes et ramollissement des os longs des membres inférieurs, mais sans rougeur ni chaleur de la peau qui les recouvrent, sans fièvre ni participation des articulations voisines. Tous deux guérirent en un temps relativement court sous le traitement suivant : acétate de potasse, enveloppements hydrothérapiques, lait, bouillon, œufs, viande pulpée, maintien au grand air.

C. LUZET.

**I. — Nouvelles recherches sur la production sublinguale, par FEDE** (*Mercredi méd.*, *20 juin 1894*).

**II. — La maladie de Riga, par F. BRUN** (*Presse méd.*, *26 janvier 1895*).

I. — Cette production, que l'on constate chez les jeunes enfants, a déjà été décrite par un certain nombre de médecins italiens (maladie de Riga) nécrose par compression (Ridola), néoplasme perlé (Pandolfi, Riga) qui l'ont considérée les uns comme affection bénigne, les autres comme affection maligne. Elle est très répandue, et d'une façon presque exclusive, dans les provinces méridionales de l'Italie où elle existe pour ainsi dire à l'état endémique.

Elle siège, suivant l'auteur, sur le frein de la langue sous l'aspect d'une nouvelle formation élevée, grise ou blanchâtre, dure, de la taille d'une lentille ou d'un petit haricot, constamment en rapport avec les incisives médianes inférieures. Cette production est formée par l'hyperplasie et l'hypertrophie de la muqueuse et en particulier de la zone papillaire ; elle ne serait donc qu'un papillome, dû au frottement répété de la muqueuse sur les incisives pendant les mouvements de succion. OZENNE.

II. — B. a observé un cas de cette affection chez un jeune enfant de 14 mois, bien portant, sans aucun antécédent, jamais de coqueluche ou de toux convulsive, premières dents à 10 mois. C'est depuis l'apparition des deux incisives médianes que la mère a observé, sous la langue, une petite tumeur. Cette tumeur, arrondie, a actuellement les dimensions d'une pièce de 50 centimes, une saillie de 4 à 5 millimètres ; elle siège sur le frein de la langue, est dure, ferme, parcheminée, de couleur rosée avec un petit exsudat blanchâtre au centre. Excision ; guérison rapide.

L'examen histologique fait par Letulle montre qu'il ne s'agit pas de tumeur, mais d'une hypertrophie chronique de la muqueuse buccale, de nature inflammatoire. A. C.

**Des accidents de la méthode sclérogène, par M. JEANNEL** (*Archives prov. de chir., n° 4, p. 189, avril 1894*).

Arthrite fongueuse du genou chez une petite fille de 6 ans. L'auteur emploie une solution au 1/10. Tout autour de l'article aux limites de la synoviale, piquant l'aiguille jusqu'à l'os, on verse à chaque ponction de 2 à 8 gouttes de liquide, sous le chloroforme. Pansement ouaté et gouttière plâtrée.

Douleurs vives pendant 10 jours, que l'on attribue à de la compression par l'appareil, que l'on change. Au bout de 3 semaines, les douleurs continuant, on enlève l'appareil, on trouve une escarre au cou-de-pied, de l'œdème de la jambe et une volumineuse tumeur rosée, fusiforme, occupant toute la face antéro-interne de la cuisse et le genou dans tout son pourtour. Au-dessus du condyle externe, escarre blanche prête à se perforer. Pensant à un phlegmon suite de lymphangite partie de l'escarre du cou-de-pied, on fait une incision au centre de l'escarre. Il sort une masse énorme de caillots, puis du sang vermeil sans pulsation. Malgré la compression de la cuisse, faite immédiatement, l'enfant pâlit, agonisant, meurt.

A l'autopsie, l'artère poplitée est à sa face postérieure noyée dans un tissu scléreux, qui en rend la dissection difficile ; au-dessus du condyle interne jusqu'à l'anneau sa paroi est friable, puis largement perforée, elle est plongée au milieu de caillots. La face antérieure du fémur est décollée par un anévrisme diffus s'étendant jusqu'au canal crural. La synoviale n'est pas modifiée.

F. VERCHÈRE.

**Persistance du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic et invaginé au dehors, par BROCA** (*Revue d'orthop., 1er janvier 1895*).

Cette observation concerne un enfant de 6 mois entré à l'hôpital Trousseau en juin 1894, porteur depuis sa naissance d'une tumeur piriforme, longue de 4 centimètres, à grosse extrémité inférieure libre, dont le pédicule mesurant 1 centimètre part de l'ombilic. Sa surface est constituée par une muqueuse rouge vif, semblable à celle d'un prolapsus rectal ; au centre est un orifice par lequel s'écoule un liquide muqueux, mais il n'en est jamais rien sorti qui ressemble à des matières fécales. Intervention : excision franche du diverticule à son insertion intestinale suivie d'entérorraphie latérale. Guérison. CART.

**Une forme rare d'occlusion interne aiguë chez l'enfant par nœud à boucle intestinal; opération, guérison, par Léon BÉRARD** (*Archives prov. de chir., p. 557, octobre 1894*).

Garçon, de 11 ans, vient à pied à l'hôpital, avec le diagnostic d'occlusion intestinale, datant de 2 jours. Un mois auparavant il avait eu une fièvre typhoïde légère. 2 jours avant l'entrée il avait été pris subitement de douleurs vives dans tout l'abdomen, surtout autour de l'ombilic, puis de ballonnement, d'arrêt des matières et de suppression de l'émission de gaz. Crises fréquentes d'uriner sans ténesme. Peu ou pas de vomissements.

A l'examen, les parois abdominales antéro-latérales sont fortement soulevées et bosselées par les anses intestinales distendues avec prédominance en avant. Tympanisme général, matité dans les régions empâtées, dans la fosse iliaque droite, crises de coliques très vives. Rien dans les anneaux herniés.

Anesthésie. Incision du pubis à l'ombilic. Hernie de l'intestin rouge violacé distendu. On tombe sur un paquet violacé constitué par une intrication d'intestins distendus, livides, agglutinés par des exsudats, surtout au niveau du mésentère et qu'on libère. On reconnaît alors qu'une des anses de ce paquet, repliée en anse, est introduite dans une boucle assez serrée, formée par une anse voisine qui semble tordue comme une véritable corde. Cette anse libérée, on voit que celle qui la noue forme un cercle ayant ses deux extrémités soudées entre elles et aux anses voisines par des exsudats péritonéaux. On détruit au doigt ces adhérences ainsi qu'une bride assez solide, longue et grêle, qui relie quelques anses de la masse. Ce qui porte à 3 le nombre des causes d'occlusion : boucle, nœud, bride et à 2 les coudures brusques des anses, le tout occupant une partie de l'iléon, au niveau probablement des anciennes ulcérations typhiques et de la péritonite exsudative qu'ils avaient déterminées. L'intestin est alors rentré dans l'abdomen. Suites simples ; au 15e jour l'enfant quitte l'hôpital guéri. F. VERCHÈRE.

**A case of sarcoma of the right supra-renal body causing obstructive jaundice, par EARLE et WEAVER** (*Journ. of the Americ. med. Ass., 29 décembre 1894*).

A l'autopsie d'un enfant né en janvier 1891 qui avait présenté de février 1893 à avril 1894 des crises morbides, alternant avec un état de santé satisfaisant, caractérisées par de l'ictère, de la dyspnée, de l'œdème, des vomissements, de la décoloration des selles, le tout accompagné d'un foie considérablement hypertrophié, mais revenant parfois sur lui-même, et d'une vésicule très distendue, aisément perceptible à la palpation, on trouve des désordres considérables de la plupart des organes : foie, rate, reins, vésicule biliaire semblant reconnaître pour cause la compression, d'où oblitération presque complète des voies biliaires extra-hépatiques par une masse de tissu dense qui n'était autre que la capsule surrénale droite sarcomateuse ; cette masse comprimait également la veine porte, elle englobait entièrement la partie inférieure du canal cystique. Seule la partie inférieure de la capsule surrénale était encore à peu près reconnaissable comme telle. CART.

**Adenomyxosarcom der Niere, par David HANSEMANN** (*Berlin. klin. Woch., n° 31, p. 717, 30 juillet 1894*).

Sous le titre « d'adénome embryonnaire de la région rénale chez l'enfant », Döderlein et Birch-Hirschfeld ont décrit (*Centralbl. für die Krankheiten der Harn und Sexualorgane*, 1894) une tumeur du poids de 1,600 grammes extirpée sur une fillette de 7 ans ; le rein gauche se trouvait intact en arrière et au-dessus de la tumeur. Sous le microscope, elle se révela de nature mixte, contenant des tissus glandulaire, sarcomateux, des fibres musculaires lisses et du tissu conjonctif myxomateux. Birch-Hirschfeld en cherche l'origine dans le corps de Wolff.

Hansemann vient d'observer un fait analogue chez un garçon de 20 mois mort 2 jours après l'admission. Autopsie : côlon descendant soudé au bord interne de la tumeur et un peu comprimé et refoulé par elle. La tumeur, complètement mobile, est entièrement rétropéritonéale. Rein droit volumineux, capsule surrénale droite intacte. La tumeur, plus grosse que la tête de l'enfant, s'étend du diaphragme jusqu'au petit bassin. La capsule surrénale gauche est invisible et ses vaisseaux se perdent dans la tumeur. Le rein gauche, très pâle, est placé en arrière et au-dessus de la tumeur ; l'uretère correspondant est comprimé, le bassinet dilaté, les pyramides fortement aplaties. Le parenchyme rénal, bien que fortement comprimé par la tumeur et lui adhérant, est partout nettement distinct de la tumeur qui est parfaitement délimitée par une capsule

d'enveloppe. Cette capsule émet à l'intérieur de la tumeur des cloisons résistantes qui la divisent en noyaux séparés variant des dimensions d'un haricot à celles d'une noix. A la coupe, certains de ces noyaux sont fermes et rougeâtres, d'autres, transparents, ont la consistance et l'aspect de tissu muqueux dense, d'autres encore, mortifiés par métamorphose graisseuse, sont jaunes, opaques, parsemés d'hémorragies et ont par places, à l'œil nu, l'apparence de la substance corticale de la capsule surrénale. Nulle part de métastases ganglionnaires, ni de dissémination, ni d'envahissement du péritoine. Le foie, pâle, contient plusieurs petits noyaux. Examen de la tumeur principale.

A l'intérieur d'un stroma, se voient des îlots d'un tissu riche en cellules, composé de canaux glandulaires se terminant par des acini dans des espaces vésiculiformes ou des cônes pleins, d'où une ressemblance extrême avec une glande embryonnaire ou la première ébauche du rein. Les vésicules et ramifications principales des canaux sont revêtues d'un épithélium cylindrique ou cubique. Dans les ramifications principales, les cellules cylindriques sont remarquablement hautes et grêles ; en beaucoup d'endroits, il existe une membrane propre. Le tissu compris entre les éléments glandulaires a par places, comme le stroma lui-même, l'aspect de tissu muqueux embryonnaire compacte. Il est formé de cellules fusiformes et étoilées, se rejoignant par leurs extrémités et donnant lieu à un réseau très fin dont le contenu liquide offre la réaction de la mucine. En d'autres places, les espaces intermédiaires sont constitués par un tissu à petites cellules ayant la structure des sarcomes à petites cellules rondes. Ces cellules rondes s'intriquent souvent avec les utricules glandulaires, mais leurs noyaux sont plus petits et se colorent d'une façon plus intense ; les corps des cellules ont subi, en grande partie, la métamorphose graisseuse. Ce tissu d'aspect sarcomateux est divisé en groupes par des travées plus larges de tissu muqueux, ce qui, à un faible grossissement, simule une texture alvéolaire ; mais un grossissement plus fort permet de reconnaître que les cellules rondes proviennent des cellules du tissu muqueux. Nulle part, on n'aperçoit de fibres musculaires. La composition de la tumeur est la même dans toutes ses parties, sauf une répartition différente des divers tissus constituants : ainsi, certaines portions sont purements sarcomateuses, d'autres purement myxomateuses, mais aucune n'est purement adénomateuse.

Dans le foie, les métastases se sont manifestement effectuées par la voie sanguine ; les ganglions sont parfaitement sains. Les lésions les plus récentes se trouvent dans des ramifications de la veine porte et sont encore entourées de leurs parois ; les lésions plus anciennes ont déjà perforé ces parois. Nulle part, le stroma des métastases hépatiques n'est myxomateux ; il est formé de tissu conjonctif ordinaire, rigide et pauvre en noyaux comme celui des cirrhoses du foie. La plupart de ces métastases sont sarcomateuses ; par ci par là cependant on trouve aussi des cellules cylindriques disposées en utricules glandulaires, mais ici la membrane propre fait toujours défaut. J. B.

**Ueber primäres Dünndarmsarcom beim Neugeborenen, par Carl STERN** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 35*, *p. 802*, *27 août 1894*).

Stern relate, le croyant unique jusqu'ici, un cas de sarcome de l'intestin grêle chez un nouveau-né, mort le cinquième jour, au milieu de phénomènes d'étranglement interne. La tumeur, qui n'avait donné lieu à aucune métastase, siégeait à $1^{m},32$ en aval de l'origine du petit intestin, sur une longueur de 4 à 5 centimètres et faisait à l'intérieur une saillie de un centimètre et demi ; il s'agissait d'un sarcome à petites cellules rondes que ses caractères microscopiques permettent de classer parmi les angiosarcomes endothéliaux.

J. B.

**Angeborene grosse Geschwulst des Fusses bei einem Kinde, par SENGER** (*Berlin. klin. Woch., p. 679, 16 juillet 1894*).

Cet enfant, qui a vécu 2 mois, avait une tumeur du volume du poing d'un homme, qui avait transformé son pied en une masse informe au sein de laquelle on ne reconnaissait plus que le squelette osseux et cartilagineux.

Sous le microscope, cette tumeur se montrait composée de tissu conjonctif, jaune, traversé de nombreux espaces lymphatiques et offrant par places le caractère sarcomateux. Elle se terminait sur la jambe par un profond sillon circulaire, produit manifeste d'une constriction amniotique. A la suite d'étranglements de même nature, la plupart des doigts avaient les uns disparu, tandis que d'autres appendaient à la main sous forme de petits boutons cutanés gros comme des pois; 3 de ces moignons minuscules étaient tombés spontanément depuis la naissance. J. B.

---

# DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

**Thérapeutique des maladies de la peau, par G. THIBIERGE** (*Deux vol., Paris, 1895*).

En quelques années notre littérature dermatologique s'est enrichie de plusieurs ouvrages de grande valeur parmi lesquels celui que vient de faire paraître Thibierge tiendra certainement une place des plus honorables. Choix raisonné de méthodes, étude minutieuse de leur mode d'emploi, tel est le point de départ de ce livre dans lequel l'auteur a su présenter au praticien les notions importantes en rejetant le lourd et encombrant bagage des procédés et agents thérapeutiques sans réelle valeur. Chaque article est précédé d'une courte et substantielle description clinique de la maladie à traiter. L'auteur avec raison insiste surtout sur l'étiologie d'où se dégagent les principales indications du traitement. Une classification vraiment scientifique des dermatoses, dit-il, est encore à trouver : pourtant les données étiologiques permettent de les réunir en quelques groupes relativement homogènes, dans chacun desquels les procédés thérapeutiques à employer présentent plus d'un point commun. Il décrit successivement les difformités cutanées, les déviations parasitaires, les déviations liées à des troubles viscéraux, les dermatoses de causes complexes, variables ou indéterminées, qu'il range suivant leurs caractères anatomiques, enfin les affections des organes différenciés de l'épiderme. Il ne s'agit pour lui bien entendu que d'un simple groupement et non d'une véritable classification. Il n'en est pas moins vrai que la division qu'il a adoptée donne au livre de Thibierge une homogénéité remarquable. Parmi les chapitres les plus importants, nous signalerons ceux qui sont consacrés aux déviations parasitaires et microbiennes, aux érythèmes, aux eczémas, aux psoriasis, aux kératoses, aux tumeurs de la

peau, aux affections des glandes sébacées et du système pileux. La seconde partie de l'ouvrage contient l'étude des agents thérapeutiques principaux usités en dermatologie. Le lecteur trouvera ici réunis toutes les nouvelles données sur ces agents et sur les opérations dermatologiques. On ne saurait trop lui savoir gré de s'être attaché à un chapitre dans lequel il rassemble des notions absolument pratiques de manière à éviter au lecteur de laborieuses recherches. F. BALZER.

**Troisième fait de dermatite pustuleuse chronique et végétante en foyers à progression excentrique, par HALLOPEAU et LE DAMANY** (*Soc. française de derm., janvier 1895*).

Ce fait nouveau a été observé sur un sujet âgé de 19 ans. L'affection occupe le visage, les narines, les lèvres, etc... Dans ces cas comme dans ceux qui ont été antérieurement publiés par Hallopeau, ce qui frappe, c'est la disposition en foyers asymétriques à extension graduelle qui débutent, persistent et progressent par la formation, habituellement de vésico-pustules, exceptionnellement de bulles ; on remarque en outre la prolifération végétante du derme à leur niveau, la propagation des lésions aux lèvres et à la muqueuse buccale, avec sclérose prononcée de la langue. Il y a là une triade symptomatique qui semble caractériser un type morbide. Les narines peuvent être intéressées et rétrécies par ces saillies végétantes. La maladie coïncide ordinairement avec un bon état de santé générale.

On peut trouver en abondance dans le liquide exsudé le bactérium côli commun doué d'une grande virulence ; il est possible que ce parasite soit la cause prochaine des altérations. Malgré d'apparentes analogies, cette maladie diffère de la dermatite herpétiforme ainsi que du pemphigus végétant. Elle est justiciable d'un traitement local. F. BALZER.

**Deuxième note sur un cas d'altérations gangréneuses et nécrotiques unilatérales de l'extrémité céphalique, par HALLOPEAU et LE DAMANY** (*Annales de derm., n° 12, 1894*).

Les auteurs rapportent dans cette note l'observation d'une trophonévrose analogue au zona et montrent qu'elle a donné lieu, dans une moitié de l'extrémité céphalique, à des mortifications multiples. Les lésions ont occupé simultanément la face, le crâne, l'extrémité supérieure du thorax ainsi que les muqueuses buccale et palatine. Les examens ont montré que le sphacèle s'est fait en certains points sans l'intervention des microbes de la gangrène par un mécanisme analogue à celui qui intervient dans l'anthrax, ailleurs il y a eu réellement gangrène pouvant prendre une extension redoutable. La maladie a suivi une marche cyclique analogue à celle du zona. Les examens bactériologiques ont prouvé qu'il ne s'agissait pas d'une infection charbonneuse. F. BALZER.

**Ueber eine eigenartige Form von Hautgangrän und Pustelbildung (Sur une forme spéciale de gangrène de la peau et de formation de pustules), par J. ROTTER** (*Arch. f. klin. Chir., XLVIII, 3*).

Rotter rapporte l'observation d'un homme de 23 ans, atteint d'une ulcération gangréneuse de la peau de la jambe droite. Pendant 2 semaines cette

gangrène de la peau existait seule, puis, de la 2e semaine à la 5e, apparurent sur le même membre de grosses pustules hémorragiques, les unes superficielles, les autres très profondes et pénétrant jusqu'à l'aponévrose. Enfin, à partir de la 5e semaine jusqu'à la fin de la maladie, on ne vit se produire que de petites pustules superficielles à contenu sanguino-purulent, et qui guérirent sans laisser de cicatrice bien apparente.

L'auteur a réussi à isoler de ces efflorescences un bacille, dont l'influence causale ne lui paraît pas douteuse. En effet, il était constant ; son inoculation dans la peau reproduisait les lésions observées sur le malade ; enfin, le sang du malade renfermait des substances immunisantes qui rendaient les souris réfractaires à l'infection par ce bacille. Ces substances immunisantes, peu actives vers la 7e semaine de la maladie, le devinrent de plus en plus à mesure que l'affection s'acheminait vers la guérison. L'auteur déduit de ce fait une théorie intéressante de la guérison spontanée. REBLAUB.

**Beitrag zu den Blasen bildenden..... (Contribution à l'étude des affections vésiculeuses de la muqueuse buccale), par O. ROSENTHAL** (*Deutsche med. Woch.*, *n° 26, 1894*).

L'examen de trois cas conduit l'auteur aux conclusions suivantes : le pemphigus localisé à la muqueuse de la bouche est une forme de l'érythème exsudatif multiforme et doit être désigné sous le nom d'érythème bulleux. Les affections décrites sous le nom d'urticaire, herpès, etc., de la muqueuse buccale, appartiennent pour la plupart à l'érythème bulleux. L'érythème bulleux de la bouche s'accompagne souvent de pareilles lésions des organes génitaux. Il est très sujet à récidiver, ce qui constitue un élément important de diagnostic. H. DE BRINON.

**Lentigo des vieillards, par DUBREUILH** (*Annales de derm.*, *n°s 8-9, aout-septembre 1894*).

L'affection débute par une macule noire à la partie supérieure de la joue, sur la paupière ou la conjonctive. Au niveau de la macule la peau ne présente pas d'autre altération qu'un accroissement de pigmentation. Avec les années la macule unique ou multiple peut changer de forme et d'étendue, de place et de teinte. Longtemps après le début de la macule il se forme sur elle ou dans son voisinage une tumeur ulcérée, infiltrée, à envahissement rapide, offrant tous les caractères d'une tumeur maligne. L'ablation est suivie de récidive dans la matrice ou à côté, puis finalement les ganglions se prennent et forment une tumeur nettement mélanique. Les caractères histologiques de ces tumeurs ne sont point identiques chez les divers malades, et parfois même dans les récidives successives chez le même malade. L'affection frappe à peu près exclusivement les personnes âgées et siège à la face. Elle diffère du xeroderma pigmentosum des enfants par l'âge du sujet, la distribution des lésions et leur nature mélanique. L'auteur termine en rapportant deux observations de lentigo ; l'une de mélanose avec tumeur mélanique de la conjonctive ; l'autre de tache mélanique de la face se déplaçant, et se compliquant d'une tumeur mélanique consécutive. J. MOREL.

**Discussion on the etiology and treatment of acne vulgaris, par Stephen MACKENZIE** (*Brit. med. Journ.*, *p. 688*, *29 septembre 1894*).

Stephen Mackenzie considère l'acné comme une affection purement locale, qui ne dépend d'aucune influence constitutionnelle et dans laquelle l'état de l'estomac ne joue aucun rôle. Il conseille comme traitement, les bains fréquents, le savonnage de la peau avec un savon à base d'ichtyol, et dans les cas internes, il touche les boutons d'acné avec une goutte d'acide phénique pur, qu'il recouvre ensuite de collodion. Ce procédé, employé par Walter Smith, de Dublin, lui a toujours donné d'excellents résultats. H. R.

**Eczéma séborrhéique et folliculite avec dépilation, par HALLOPEAU et LE DAMANY** (*Ann. de derm.*, *n° 12*, *1894*).

Comme l'ont vu Audry et Vidal, l'eczéma séborrhéique peut, dans ses poussées aiguës, donner lieu à la formation dans le cuir chevelu, de plaques d'alopécie, rouges, lisses, brillantes et à contours irréguliers ; elles peuvent être recouvertes partiellement de poils atrophiés qui s'arrachent avec la plus grande facilité. Il peut se produire simultanément des folliculites suppuratives qui amènent la chute presque complète des poils. Ces folliculites entraînent un pronostic défavorable en raison de leurs incessantes récidives, de l'altération qu'elles apportent dans les traits et de l'aspect des régions velues, ainsi que par les sensations pénibles qu'elles provoquent. F. BALZER.

**Note histologique sur la leucokératose buccale, par STANZIALE** (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXIX*, *4*).

L'auteur donne des lésions une description qui confirme celle de Leloir. Il signale en outre diverses altérations des cellules du corps muqueux, notamment la formation de petits kystes cellulaires à paroi amorphe plus ou moins réfringente, avec un contenu homogène et granuleux.

F. BALZER.

**Les ulcères de Bednar, par DALL' ACQUA** (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXIX*, *4*).

Décrites sous les noms d'ulcères de Bednar, de plaques ptérygoïdiennes Parrot, de millet du palais, d'aphthes des nouveau-nés, ces lésions s'observent fréquemment chez les jeunes enfants et ont souvent été attribuées à tort à la syphilis. L'allaitement artificiel en est la cause habituelle dans les nourriceries où ils se produisent épidémiquement et avec une grande rapidité. L'auteur établit longuement le diagnostic de ces ulcères caractérisés nettement par leur siège dans la cavité buccale aux angles postéro-externes de la partie horizontale de l'os palatin, par l'âge des patients de la première à la cinquième semaine, par la marche apyrétique, par l'absence complète de manifestations de la syphilis, par leur guérison lorsque l'état général des enfants devient meilleur.

Ces ulcères sont causés par la pression exagérée de la langue contre le palais dans l'acte de la succion. L'antisepsie de la bouche est le meilleur

moyen de les prévenir et de les guérir. L'auteur recommande surtout l'emploi de la solution de chlorate de potasse en lavages fréquents.

F. BALZER.

**Note sur deux cas de papillomes bénins multiples de la muqueuse buccale, par RASCH** (*Ann. de derm., janvier 1895*).

L'auteur a observé deux cas intéressants de verrues communes développées chez deux petites filles dans l'intérieur de la bouche. Chez la première les verrues étaient au nombre de cent environ sur les joues et les lèvres. Même localisation chez la seconde petite fille qui présentait en même temps des verrues communes aux mains. L'examen anatomique montra dans les deux cas la structure caractéristique de la verrue. L'auteur croit que ces papillomes de la bouche, ainsi que ceux des muqueuses du nez, de l'épiglotte et du larynx qui ont été signalés, ont pour origine les papillomes des mains, soit du sujet atteint, soit des personnes qui les entourent (nourrices, domestiques, etc.). Le thermo-cautère a donné d'excellents résultats curatifs.

F. BALZER.

**Le bacille dans la lèpre systématisée nerveuse, par PETRINI** (*Ann. de derm., n° 12, 1894*).

D'après l'auteur le bacille peut être trouvé dans le sang, mais avec difficulté. Il en est de même pour la sérosité des vésicatoires; ils s'y trouvent en petit nombre, libres ou bien dans les cellules. Pour l'auteur, ils peuvent venir du sang ou plutôt de la peau elle-même. Ils existent, en effet, dans trois couches du derme et principalement dans la couche profonde. L'agent pathogène ne siège pas seulement autour des nerfs, mais dans toute la peau insensible, non tachetée, non maculeuse. Cette recherche doit être faite notamment dans les cas de lèpre qui simulent la syringomyélie et permettra d'éviter des erreurs de diagnostic.

F. BALZER.

**I. — Klinische und anatomische Studien über die Pellagra, par TUCZEK** (*Berlin, 1893 et Berlin. klin. Woch., n° 737, p. 43, 6 août 1894*).

**II. — Prophylaxie de la pellagre, par G. MANZINI** (*Deutsche Viertelj. für œffentl. Gesund., XXVI, p. 650*).

I. — Tuczek a fait en Italie l'autopsie de 8 pellagreux. Chez l'un, la maladie avait pris la forme d'une mélancolie périodique et s'était terminée par démence paralytique. Outre les lésions médullaires communes aux 7 autres cas, celui-ci présentait une pachyméningite hémorragique interne et une atrophie intense des fibres de la substance corticale du cerveau, au niveau du lobe frontal. Chez tous les autres, les systèmes nerveux périphérique et central étaient intacts, à part la moelle qui offrait constamment une sclérose symétrique des cordons postérieurs et, en outre chez 6, une dégénération bilatérale des cordons pyramidaux le plus marquée au niveau de la moelle thoracique et diminuant d'intensité en haut et en bas.

Tuczek est disposé à voir là une affection systématique combinée n'atteignant pas nécessairement les systèmes dans toute leur étendue soit longitudinale, soit transversale et pouvant offrir des combinaisons variées.

II. — Manzini préconise l'institution de fours communaux fournissant du pain de maïs bien cuit, comme un premier moyen de combattre l'extension de la pellagre. Voici en effet ce qu'on a observé dans le Frioul :

| | Pays de montagne | Pays de collines | Pays de plaines |
|---|---|---|---|
| | — | — | — |
| 1878. . | 2,6 0/0 de pellagreux | 14,8 | 82,6 |
| 1881. . | 1,6 | 17 | 81,4 |
| 1892. . | 4,8 | 46 | 49,2 |
| 1893. . | 10 | 46 | 44 |

La diminution considérable des pellagreux dans les villages de la plaine tient à ce que depuis 1884 des fours communaux s'y sont rapidement multipliés tandis qu'il n'en a pas été de même dans les autres.

Mais le seul moyen de faire disparaître complétement la pellagre, serait de renoncer au pain de maïs, ainsi que le montrent les 2,557 communes du sud où il n'en est pas fait usage. J. B.

**Des épithéliomas de la peau de la face, par LAGOUTTE** (*Lyon méd., 28 octobre et suivants, 1894*).

L'épithélioma de la peau de la face doit être séparé de celui des muqueuses ; il s'observe avec une égale fréquence dans les deux sexes et se développe souvent sur une lésion antérieure, nævus, cicatrice, etc... L. distingue deux variétés principales : forme grave à marche rapide ; forme bénigne, lente, avec retentissement ganglionnaire nul ou tardif. La seconde forme est la plus commune. Histologiquement, ces lésions se présentent quelquefois comme de vraies inflammations plutôt que des néoplasmes ; mais le plus généralement ce sont de véritables épithéliomas : les uns lobulés, à évolution cornée ; les autres tubulés, la forme la plus habituelle.

Au point de vue du traitement, il faut distinguer les épithéliomas superficiels et profonds. Les premiers peuvent guérir par les applications de chlorate, d'aniline, qui agissent à titre d'antiseptiques. Les profonds demandent une extirpation radicale. 11 observations inédites.

A. CARTAZ.

**De la forme juvénile du xanthome, par CHAUVIÈRE** (*Thèse de Paris, 1894*).

L'auteur publie deux observations nouvelles de xanthomes développés chez des frères et dans des conditions qui les rattachent à la forme du xanthome juvénile. L'hérédité, l'apparition congénitale ou précoce des lésions hépatiques, l'extrême rareté de la localisation exclusive aux paupières, permettent d'établir une distinction entre le xanthome juvénile et celui des adultes, malgré l'identité des lésions. F. BALZER.

**Eine neue Streptothrixart gefunden bei der weissen Varietät des Madurafusses, par Robert BOYCE** (*Hyg. Rundsch., IV, n° 12, p. 529, 15 juin 1894*).

Nusserwanji Surveyor et Robert Boyce ont décrit (*Proceedings of the Roy. Soc. of London*, février 1893, et *Transactions of the R. Soc.*,

avril 1894) deux sortes de champignons dans le pied de Madure. Dans la variété noire de cette affection, un champignon à riches ramifications, offrant une grande tendance à subir une métamorphose pigmentaire noire, est facile à découvrir au milieu du tissu morbide, lorsqu'on traite les coupes par l'eau de javelle. Dans la variété blanche, un champignon formé par un mycélium très frêle, ressemblant beaucoup à la coupe à l'actinomycète, auquel Carter, Kanthack, Hewlett l'ont plus ou moins assimilé; Surveyor et Boyce ont constaté toutefois certaines différences entre les deux.

Depuis cette première publication, Boyce a eu l'occasion d'examiner et de cultiver en milieux artificiels la variété blanche qui lui avait été envoyée d'Hyderabad. A l'état frais, on apercevait sous le microscope un mycelium très serré, assez ferme et se laissant difficilement dilacérer. Des vacuoles étaient distinctes à l'intérieur du protoplasma, la membrane cellulaire était très mince et l'on ne reconnaissait ni cloisons, ni formations en massues, ni formes de coques ou de bacilles. Les filaments étaient nettement dichotomiques, comme ceux du genre streptothrix.

Le champignon de la variété blanche se cultive aisément sur l'agar additionnée de glycérine ou de sucre de raisin; la température la plus favorable à son développement est comprise entre 35 et 37°. L'accroissement est beaucoup plus lent que celui des cladothrix astéroïdes, alba, dichotoma et de l'actinomycète. Il est caractérisé par l'apparition, à la surface du sol nourricier, de petites colonies qui ne fusionnent jamais et tendent à se segmenter de plus en plus, de façon à présenter finalement de nombreux lobules et à paraître saillantes. Ce champignon ne se développe bien ni sur pommes de terre ni dans le bouillon alcalin ou acide. Il ne forme pas de pigment.

Inoculé sous la peau de lapins, de cobayes, de singes et de rats, il provoque toujours, localement, une tumeur qui grossit pendant 2 ou 3 semaines, puis diminue de volume et s'indure; cette tumeur est constituée par une foule de leucocytes qui entourent la matière inoculée. Boyce n'a pas observé d'infection générale.

Le streptothrix isolé par Vincent (*Ann. Inst. Pasteur* 1894, n° 3) de la variété blanche du pied de Madure observée à Alger présente beaucoup d'analogies avec le streptothrix de Boyce, mais s'en distingue parce qu'il forme du pigment (*R. S. M.*, VII, 273; VIII, 655; XXXII, 567; XL, 600 et XLI, 618). J. B.

**I. — Demonstrationen zur Behandlung des Lupus mit Tuberculin, par H. KOSSEL et A. KÖHLER** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 37*, *p. 853*, *10 septembre 1894*).

**II. — Ueber den chirurgischen Theil der sogenannten Combinirten Behandlung des Lupus, par A. KÖHLER** (*Ibid.*, *p. 845*).

I et II. — Köhler insiste sur les avantages qu'on a dans le traitement du lupus à faire précéder l'intervention chirurgicale d'injections de tuberculine. Grâce à ce dernier médicament, on fait déjà disparaître une bonne partie des lésions, et lorsqu'il devient inefficace, les opérations nécessaires sont plus faciles et causent des mutilations moindres. J. B.

**Tricophytia blepharo-ciliaris (Blepharitis tricophytica), par V. MIBELLI** (*Monats. f. prakt. Dermatol., XIX, n° 2*).

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant de 4 ans, porteur de plusieurs plaques tricophytiques sur le cou et le visage, les paupières des deux côtés étaient intéressées, les supérieures présentaient un aspect qui rappelait celui de l'eczéma en voie de résolution ; elles étaient le siège d'une fine desquamation ; elles étaient rouges et légèrement tuméfiées au voisinage de leur bord libre ; les cils étaient agglomérés par des croutelles. Les cils étaient plus grêles qu'à l'état normal ; certains d'entre eux se laissaient enlever facilement, d'autres étaient très courts ou cassés à un demi-millimètre de leur émergence ; ces troncs ciliaires se présentaient sous forme de points noirs isolés ou groupés et constituant ainsi des plaques de pseudo-alopécie ; le gonflement était plus prononcé à leur niveau, ils contenaient de nombreuses spores de tricophyton.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de 26 ans ; les altérations palpébrales étaient très analogues ; il y avait en outre un peu de pus à la base des cils malades ; Maiocchi avait aupparavant observé 3 faits semblables ; d'autres ont été vus par C. Pellizari.

L'examen histologique a permis à l'auteur de constater la présence simultanée des tricophytons ectothrix et endothrix chez le même individu ou chez des sujets ayant contracté la maladie à une même source : c'est là un fait peu favorable à la pluralité des tricophytons ; les modifications que subissent ces parasites suivant le milieu dans lequel ils se développent seraient d'après l'auteur beaucoup plus importantes que ne l'admet Sabouraud. H. HALLOPEAU.

**Sur la pluralité du favus, par BODIN** (*Ann. de derm., novembre 1894*).

Le favus peut venir de l'homme et de l'animal ; peut-être l'achorion existe-t-il aussi à l'état saprophyte. Malgré quelques variations dans l'aspect clinique (favus impétigineux, favus atypique) on peut conclure à l'unité clinique du favus et cette unité n'est pas contredite par l'examen microscopique.

Le milieu de culture de l'achorion a la plus haute importance et il faut bien en tenir compte pour avoir des résultats réellement rigoureux. Les champignons associés à l'achorion sont de simples commensaux. L'auteur conclut qu'il existe plusieurs espèces d'achorions bien distinctes : 1° l'achorion Schœnleinii décrit par Kral ; 2° et 3° deux variétés nouvelles qu'il décrit ; 4° l'achorion enthytrix de Unna ; 5° l'achorion atakton de Unna. Toutefois ces diverses espèces se ressemblent dans la clinique. La véritable forme de fructification de l'achorion étant inconnue, sa place dans la classification des champignons reste à fixer. F. BALZER.

**Ueber Argyrie, par JAHN** (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVI, p. 218*).

Dans un cas d'argyrie survenu chez un tabétique, le dépôt d'argent s'était fait en majeure partie dans les reins, le corps thyroïde et les plexus choroïdiens, en seconde ligne dans la peau, le foie et le testicule, enfin dans les autres organes à un moindre degré. L'argent s'était toujours déposé dans les muscles lisses de la paroi vasculaire, dans le tissu conjonctif et avant tout dans la membrane basale hyaline des glandes, et dans le sarcolemme des muscles striés. C. LUZET.

**Des éruptions de l'antipyrine, par GUILLOUD** (*Thèse de Paris, 1894*).

Les éruptions causées par l'antipyrine sont nombreuses : érythèmes simple, scarlatiniforme, ortié; éruptions vésiculeuse, bulleuse, purpurique; pigmentations persistantes. Quelquefois l'antipyrine semble réveiller une dermatose endormie préexistante.

Les deux éléments de diagnostic principaux sont la fixité dans les récidives et la pigmentation consécutive. Toutefois l'érythème bulleux pigmenté fixe peut survenir avec tous les caractères de celui de l'antipyrine sans que ce médicament puisse être mis en cause. F. BALZER.

**Sur les érythèmes médicamenteux, par MOREL-LAVALLÉE** (*Ann. de derm., n° 12, 1894*).

L'auteur maintient que les érythèmes médicamenteux offrent une fréquence assez grande et se produisent avec une assez grande intensité pour qu'on soit toujours obligé de compter avec eux dans la pratique de la médecine. Leurs vraies causes sont peu connues ; les affections hépatiques et rénales ne peuvent toujours être invoquées pour les expliquer. L'auteur rapporte plusieurs observations d'érythème grave dû à l'absorption du mercure et du salol. F. BALZER.

**Zum Capitel der Antipyrinexanthem, par Martin BRASCH** (*Therap. Monats., novembre-décembre 1894*).

L'antipyrine, chez certains individus, provoque des éruptions différant beaucoup du type des érythèmes médicamenteux.

Elles débutent par une sensation de prurit à laquelle succède une tuméfaction inflammatoire œdémateuse. Les sièges de prédilection de cette éruption sont situés à l'union de la peau et d'une muqueuse, paupières, lèvres, nez, gland, anus, conduit auditif externe. Elle peut atteindre secondairement les doigts, le scrotum. L'œdème congestif peut être la seule manifestation, mais le plus souvent se montrent des vésicules, et cela surtout aux lèvres, sur la muqueuse de la langue, du voile du palais, de la bouche, du pharynx, etc.

L'aspect et l'évolution des vésicules varient suivant leur siége; précoces sur les muqueuses, elles sont tardives sur la peau du tronc et des extrémités. Elles s'ouvrent rapidement au niveau des muqueuses, lentement au niveau du pénis et très souvent ne s'ouvrent pas au niveau de la peau où la guérison survient par dessiccation et desquamation, tandis qu'au niveau de la bouche il en résulte des ulcérations recouvertes d'un dépôt fibrineux.

Il ne reste pas de cicatrices, rarement de la pigmentation. Lorsqu'il ne se produit pas de vésicules au niveau des muqueuses, se développe un catarrhe avec sécrétion muco-purulente (nez, conjonctives). La maladie dure 2 à 3 semaines. PAUL TISSIER.

**Syphilis et paralysie générale en Islande, par EHLERS** (*Annales de derm., n° 12, 1894*).

La syphilis est rare en Islande ; elle se développe souvent sous forme de petites épidémies familiales qui ne diffusent pas en raison des condi-

tions dans lesquelles vivent les habitants, et des grandes distances qui séparent leurs maisons. La paralysie générale est à peu près inconnue. L'auteur n'a pu avoir connaissance que de 3 cas pour toute la population de l'île. F. BALZER.

**De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédo-syphilis, par POUZOL** (*Thèse de Paris, 1894*).

Les enfants nés sains en apparence, mais de parents reconnus syphilitiques, n'ont parfois pas d'autre manifestation de la syphilis, qu'une déperdition de poids rapide et considérable, qui trahit la maladie à l'état latent. La courbe de cette déperdition est caractérisée par une ligne de descente rapide, longue et presque verticale, les enfants perdant en moyenne 350 à 400 grammes en 4 jours, sans troubles digestifs et avec ingestion de lait suffisante et parfois supérieure à la moyenne.

Le traitement mercuriel, par la liqueur de van Swieten ou les frictions, doit être institué de bonne heure et poursuivi jusqu'à ce que l'examen de la courbe du poids infantile se soit franchement relevée. F. BALZER.

**Influence de la syphilis sur la démence paralytique, par SANTILLANA** (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXIX, 4*).

Fréquemment associée à la démence paralytique, la syphilis n'en est pas la cause déterminante ; elle agit par les altérations vasculaires, par les troubles de la nutrition de l'encéphale et de la nutrition générale, elle prépare ainsi le terrain à la paralysie générale qui prend naissance chez les individus prédisposés par l'hérédité ou par d'autres causes de ce genre. Il faut établir entre la pseudo-paralysie générale de Fournier qui est vraiment syphilitique et la démence paralytique, la même différence qui sépare l'épilepsie syphilitique et l'ataxie syphilitique de l'épilepsie vraie et du tabes dorsal. F. BALZER.

**Syphilis et paralysie générale, par A. FOURNIER** (*Bull. Acad. de méd., 30 octobre 1894*).

Fournier tente d'élucider le problème des rapports de la paralysie générale avec la syphilis en recherchant si l'on peut actuellement résoudre les quatre questions suivantes :

1° Existe-t-il, oui ou non, comme résultat possible de la syphilis, un syndrôme clinique qui mérite le nom de pseudo-paralysie générale syphilitique ? La réponse n'est pas douteuse : actuellement on admet qu'il existe une modalité clinique de la syphilis cérébrale qui rappelle plus ou moins la physionomie pathologique de la paralysie générale.

2° La paralysie générale vraie dérive-t-elle, à un titre quelconque, de la syphilis ?

L'auteur discute les arguments que l'on a invoqués pour établir une relation de cause à effet entre les deux maladies ; ainsi il rappelle, avec chiffres à l'appui, le degré de fréquence des antécédents syphilitiques chez les paralytiques généraux, les nombreux faits personnels de syphilitiques aboutissant à la paralysie générale qu'il a observés, la fréquence relative des antécédents syphilitiques plus grande dans cette affection

que dans les autres folies, et enfin les exemples de paralysies générales juvéniles.

De ces considérations il faut conclure qu'il y a une connexion pathogénique entre la syphilis comme cause et la paralysie comme résultat.

3° La paralysie générale vraie, suite de syphilis, est-elle de nature ou simplement d'origine syphilitique ? Contrairement à quelques observateurs, Fournier n'admet point que la première soit une conséquence directe de la deuxième; elle en procède, mais d'une façon inexpliquée. Peut-être devrait-elle être rangée dans le groupe des affections parasyphilitiques?

4° Cette paralysie vraie se différencie-t-elle par quelque caractère des paralysies générales d'autre origine ? C'est là une dernière question à la solution de laquelle l'observation ne peut encore répondre par des faits irréfutables. OZENNE.

**I. — Die neueren Forschungen über den Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis, par ISAAC** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 16*, *p. 391*, *16 avril 1894*).

**II. — Discussion de la Réunion dermatologique berlinoise** (*Ibidem*, *n° 28*, *p. 656*, *9 juillet 1894*).

I. — S'appuyant sur l'observation de 25 tabétiques appartenant surtout à sa clientèle privée, Isaac conclut que les statistiques renferment trop de causes d'erreur pour permettre d'arriver à un résultat certain sur la parenté étiologique entre la syphilis et l'ataxie locomotrice; la syphilis n'a aucun rapport causal avec l'ataxie locomotrice; tout au plus peut-elle, au même titre que tous les autres facteurs amenant le tabes, agir en affaiblissant un système nerveux prédisposé; enfin, 3° le traitement antisyphilitique est contre-indiqué chez les ataxiques.

II. — *Rosenthal* ne pense pas qu'on puisse discuter avec fruit la question des rapports entre le tabes et la syphilis, dans la réunion dermatologique, car les tabétiques s'adressent surtout aux neurologistes et les syphilologues ne peuvent guère s'appuyer sur des chiffres un peu considérables. Toutefois, il conteste les critiques adressées par Isaac aux statistiques d'Erb et de Fournier, qu'il accuse d'erreurs saus faire la preuve.

*Blaschko* est d'avis que loin d'être exagérée, la proportion des syphilitiques trouvée parmi les tabétiques pourrait être encore augmentée, car beaucoup de malades ont oublié de bonne foi qu'ils ont eu la syphilis.

*G. Lewin*, en 32 ans de pratique hospitalière, a vu 160 ou 200 tabétiques. Sans nier les rapports entre la syphilis et l'ataxie locomotrice, il n'admet nullement le degré de fréquence qui ressort des statistiques de Fournier; les données d'Erb et de Strümpell, qui, au lieu de 94 0/0, indiquent 61 ou 62 0/0 lui paraissent beaucoup mieux croyables, bien qu'encore un peu trop considérables. J. B.

**Demonstration eines Präparates von Herzsyphilis, par A. FRÄNKEL** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 12*, *p. 296*, *19 mars 1894*).

Femme de 36 ans, traitée une première fois l'an dernier pour une insuffisance aortique; en outre la malade avait de fréquents maux de tête compliqués parfois d'attaques lipothymiques. Fraenkel rattache alors l'affection

cardiaque au rhumatisme articulaire que cette femme avait eu quelques années auparavant. Mais son mari était syphilitique et elle-même portait à la tête des cicatrices d'anciennes tumeurs. Au commencement de l'année présente, la malade revint avec de violents accès d'angine de poitrine dont un l'emporta.

A l'autopsie, la coronaire antérieure ou gauche était libre, tandis que la postérieure ou droite était totalement oblitérée au niveau de son embouchure dans l'aorte, par des lésions de sclérose très avancée, en dépit de l'âge. En outre, la cloison interventriculaire renfermait une gomme longue de 4 centimètres 1/2. La sclérose se prolongeait sur toute l'étendue de l'aorte, jusqu'aux artères iliaques.

Dans les derniers 4 ans, Fraenkel a autopsié 19 anévrismes de l'aorte, 16 chez des hommes et 3 chez des femmes. 4 malades avaient dépassé l'âge de 60 ans, 10 avaient de 40 à 50 ans et 6 moins de 40 ans. Le fait que les anévrismes aortiques, contrairement à l'artériosclérose ordinaire, sénile, surviennent à un âge relativement précoce, le plus souvent de 25 à 40 ans, indique que des conditions particulières y jouent un rôle causal. Des 19 malades, 9 étaient syphilitiques et aucun n'avait atteint l'âge de 50 ans; cela représente une proportion de 47 0/0 d'anévrismes syphilitiques (*R. S. M.*, XXXV, 586; XXXVIII, 224; XXXIX, 464 et XLI, 229). J. B.

**Die Lungensyphilitis und ihr Verhältniss zur Tuberculose, par Wilhelm SAALFELD** (*Thèse Fribourg en Brisgau, 23 février 1894, et Berlin. klin. Woch., n° 15, p. 657, 9 avril 1894*).

Homme de 44 ans soigné une première fois, en février 1884, pour des accidents de syphilis pulmonaire.

Dans le cours des 2 ou 3 mois suivants, il y eut une certaine diminution des phénomènes thoraciques avec nouvelle exacerbation en août, d'où nouvelle cure mercurielle. Au milieu de mai 1885, toux et expectoration sanglante.

Dès lors on ne revoit le malade qu'à la fin de janvier 1892 : fièvre, pas de bacilles tuberculeux dans l'expectoration profuse et muco-purulente. Même état des poumons. Iodure de potassium. Alternatives de légères améliorations et d'aggravations jusqu'au milieu d'octobre. A cette époque, la fièvre, la toux, les sueurs nocturnes, la dyspnée l'obligent à s'aliter. Beaucoup d'albumine dans les urines et bacilles tuberculeux dans les crachats.

Mort le 2 novembre suivant.

Autopsie : Synéchie totale des 2 poumons dont les lobes inférieurs sont indurés et calleux à la coupe. A gauche surtout la section montre un tissu cicatriciel rayonnant avec bronches hypertrophiées et dilatées. Pas de lésions récentes. Un peu d'épaississement et de végétations sur les valvules aortiques.

Rien de particulier au foie. Dégénération athéromateuse de l'aorte.

Sous le microscope, les alvéoles pulmonaires ont à peu près entièrement disparu, comprimées ou remplacées par la prolifération du tissu conjonctif. Dans les quelques vésicules restantes, l'épithélium est desquamé et forme à leur intérieur un détritus en partie graisseux; les rares cloisons interalvéolaires reconnaissables sont très épaisses. Dans les bronches, l'épithélium manque ou bien est détaché de la couche sous-jacente. La lumière de ces conduits est remplie de produits catarrhaux et parfois de détritus caséeux au sein duquel on distingue encore des vestiges de cellules et de noyaux. Les tuniques des bronches sont épaissies; c'est au voisinage des bronches que la

prolifération conjonctive est la plus intense; le tissu interstitiel présente une exploration cellulaire presque uniforme. Toutes les tuniques artérielles mais principalement l'interne et l'adventice, offrent des lésions inflammatoires, épaississements et végétations ayant rétréci le calibre des vaisseaux qui est complètement atrésié par places. J. B.

**Pleurésie syphilitique du stade roséolique, par CARRA** (*Thèse de Paris, 1894*).

Ces pleurésies se montrent dans les cas de syphilis intense en pleine période secondaire; elles sont tantôt sèches, tantôt avec épanchement, bilatérales ordinairement, s'accompagnant parfois de fluxions articulaires. Elles évoluent rapidement en quelques jours et avec un épanchement peu abondant. Les spécifiques et surtout le mercure ont sur elles une action rapide et très sûre. Le pronostic est donc très bénin.

F. BALZER.

**Syphilis avec syndrôme addisonien, par SACAZE** (*Gazette des hôp., n° 7, 1895*).

Homme âgé de 20 ans, chez lequel le chancre et les premiers accidents disparaissent facilement. 6 mois après le début de la syphilis apparition d'une pigmentation généralisée de la peau, surtout à la face, cou, mains, organes génitaux, partie interne et supérieure des cuisses. En même temps, perte des forces, de l'appétit, douleurs lombaires, hépatiques et gastralgiques. Amélioration pendant quelque temps sous l'influence des toniques et de l'hydrothérapie. Au bout de 4 mois, cette amélioration ne progressant plus, on essaie les injections d'huile grise qui produisent un bon effet et font diminuer la pigmentation et les douleurs, rétablissent les forces. Mais bientôt les phénomènes s'aggravent, la pigmentation reparaît, avec une asthénie profonde, des vomissements, de l'anorexie : le malade succombe dans le marasme au 15e mois de l'infection, et au 9e de cette complication. L'examen des poumons et des autres organes ne permet pas de trouver de lésions capables d'expliquer cet état.

S. rappelle un cas analogue publié par Chauveau et il conclut que la vérole paraît capable de déterminer des accidents semblables à ceux de la maladie d'Addison et rappelant les affections parasyphilitiques. Dans les cas de maladie d'Addison, où toute cause semble manquer, il conviendrait de rechercher parfois la syphilis. F. BALZER.

**Néprite syphilitique précoce, par PORTE** (*Dauphiné méd., 1er décembre 1894*).

Jeune homme de 20 ans, ayant eu un chancre induré trois mois auparavant, et atteint actuellement de papules cuivrées et de céphalalgie violente. Urines rares (600 grammes en 24 heures), contenant des globules rouges, des cylindres granuleux, des cellules épithéliales et 5 grammes d'albumine. Aucun autre symptôme de néphrite. Régime lacté et deux pilules de Dupuytren par jour. 15 jours après à peine quelques traces d'albumine dans l'urine qui rapidement était devenue plus abondante. Stomatite, suppression du mercure remplacé par l'iodure de potassium. La céphalalgie a persisté assez longtemps.

OZENNE.

**Acne simplice sifilitico studiato nei rapporti colla sepsi, par G. BURLANDO** (*Il Morgagni, p. 197, avril 1894*).

Les syphilides acnéiques pustuleuses sont le résultat d'une infection locale par le staphylocoque pyogène doré ou blanc, ainsi que le démontre

la culture de leur contenu. Elles doivent être traitées non seulement par la médication antisyphilitique interne qui agit sur les lésions spécifiques mais reste sans effet sur les lésions d'ordre septique, mais par les antiseptiques externes, en particulier par les bains de sublimé, aidés des soins de propreté et d'un pansement protecteur. GEORGES THIBIERGE.

**Sérothérapie dans la syphilis, par J. HÉRICOURT et Ch. RICHET** (*Soc. de biologie, 12 janvier 1894*).

Le sérum de chien a rapidement transformé l'état général chez deux malades atteints de syphilides graves et rebelles au traitement spécifique et permis une action efficace du traitement ordinaire, auparavant impuissant. On a injecté du sang de syphilitique à des animaux déjà naturellement indemnes et pris leur sérum quelques jours après. Dans un cas, rapporté par Triboulet, l'amélioration de l'état général a été remarquable. Dans un autre cas de tabes, au début, Héricourt a observé une rapide amélioration. DASTRE.

**De la sérothérapie dans la syphilis, par Celso PELLIZZARI** (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXIX, 3 et 4*).

L'auteur développe dans ce travail important la série d'inoculations qu'il a entreprises en employant le sérum du sang de syphilitiques chez lesquels l'affection semblait enrayée par le traitement habituel. Il faisait à ces malades des saignées de 150 à 200 grammes ; le sérum était employé sans filtration. A part quelques exceptions sans importance les dix malades traités supportèrent bien les injections de ce sérum. Tous ont été améliorés et ont eu une syphilis légère au point de vue des phénomènes virulents et bien qu'on ait dû donner à quelques-uns d'entre eux un peu de mercure et de KI, les faibles doses employées n'ont pas pu avoir d'influence sur la marche de la maladie. Les meilleurs résultats ont été obtenus chez ceux qui ont été traités à une époque rapprochée du début de la maladie et chez lesquels les injections ont pu amener une certaine immunisation ; elles ont paru améliorer à la fois la marche actuelle et le pronostic de l'évolution ultérieure de la maladie. En terminant l'auteur se demande si l'on n'obtiendrait pas de résultats encore plus probants en recueillant le sérum en pleine période active des accidents syphilitiques. D'après les opinions admises en cette matière par Roux et Buchner, c'est peut-être à ce moment que l'antitoxine serait surtout abondante. F. BALZER.

**Des effets du traitement mercuriel intense et précoce sur l'évolution de la syphilis, par JULLIEN** (*Bulletin Soc. de thérap., 23 mai 1894*).

Pour l'auteur, le véritable traitement de la syphilis doit se faire avant la période secondaire. Ce traitement est institué le plus tôt possible, dès que le diagnostic est posé. L'auteur recommande les injections de calomel, à la dose de 10 centigrammes, faites tous les 15 jours pendant 2 mois, puis espacées davantage tous les 20 ou 30 jours, pendant les 4 mois qui suivent. Dans un certain nombre de cas, il a vu la maladie réellement enrayée par ce traitement, ou bien parfois réduite à des manifestations minimes. F. BALZER.

**Effets du traitement antisyphilitique précoce sur le système nerveux, par DEUTSCH** (*Archiv f. Dermat. u. Syph.*, *XXVIII*, *2 et 3*).

L'auteur conclut de l'examen de plusieurs statistiques et de ses propres recherches que les affections du système nerveux causées par la syphilis sont surtout fréquentes lorsque le traitement est commencé tardivement. Il dénie l'influence du traitement antisyphilitique sur la production de ces affections. Au contraire, il décrit divers symptômes nerveux qui se produisent dans les cas non traités, quelquefois même avant l'apparition des accidents secondaires, et qui dépendent de congestions de l'axe cérébro-spinal. Ces congestions prédisposent aux affections organiques ultérieures. Elles sont combattues utilement par le traitement énergique et précoce, et on peut diminuer ainsi grandement la tendance aux affections du système nerveux. Au contraire, leur développement a de plus grandes chances de se produire, si le traitement est différé jusqu'à l'apparition des accidents secondaires. F. BALZER.

**La blennorragie chez l'homme, par F. GUIARD** (*Un vol.*, *Paris*, *1894*).

Après une revue historique exposée avec détails et complétée, dans le chapitre suivant, par une description minutieuse du gonocoque, les moyens de le reconnaître et les preuves de son rôle pathogène, l'auteur étudie les conditions de la contagion soit directe, soit indirecte.

Quelques pages sur ce que l'auteur appelle le gonococcisme latent et sur l'immunité qu'il confère nous amènent, après un chapitre d'anatomie pathologique, aux symptômes de l'affection, que Guiard passe séparément en revue, suivant qu'il s'agit d'urétrite aiguë antérieure, postérieure ou interstitielle.

Vient ensuite le traitement auquel 120 pages, c'est-à-dire un tiers du volume, sont consacrées. C'est dire toute l'importance que l'auteur a avec raison donnée à cette partie de la question, dont nous ne saurions trop recommander la lecture. Les développements pratiques exposés en clinicien prudent et sagace, portent tout d'abord sur quelques généralités et sur le traitement méthodique qui, outre quelques préceptes d'hygiène, comprend la médication antiphlogistique et la médication suppressive, dont les moyens d'action sont les balsamiques et les injections.

Après avoir épuisé ce que comporte la discussion de ces différentes médications, Guiard fait une étude soignée du traitement abortif (injections de nitrate d'argent, lavages au permanganate de potasse), sur les indications duquel il s'étend et dont il relate les bons résultats, lorsqu'il est employé à propos et d'après la méthode qui consiste à n'utiliser que des doses faibles d'agent actif. OZENNE.

**Étude sur la biologie du gonocoque et sur l'anatomie pathologique du processus blennorragique, par FINGER et SCHLAGENHAUFER** (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, *octobre 1894*).

Le meilleur milieu de culture pour le gonocoque semble être l'agar additionné d'urine humaine; après lui, vient l'agar additionné de sérum humain, sur lequel l'on obtient des cultures plus sûres, mais moins vigoureuses. En tout cas, le gonocoque est très sensible à l'alcalinité du

milieu, mais très peu à son acidité. Pour cultiver ce microorganisme, la température la plus favorable est 36°.

Le gonocoque meurt plus rapidement sur urine-agar que sur sérum-agar; il s'habitue au milieu et au bout de quelques générations sa vitalité augmente. La dessiccation supprime toute virulence. Par dilution dans l'eau, le gonocoque perd sa virulence au bout de 5 heures au plus.

Dans l'urétrite aiguë, Finger n'a obtenu aucun résultat en faisant passer de l'eau à 45-48° pendant une demi-heure chaque jour. La blennorragie ne confère pas d'immunité locale temporaire, d'après les expériences de Finger et Schlagenhaufer.

Ces auteurs ont provoqué des arthrites; le gonocoque restait dans la cavité articulaire où il périssait rapidement.

Les inoculations sont restées négatives dans l'urètre de tuberculeux ayant une température de 39° ainsi que dans le péritoine d'animaux à température élevée.

Finger et Schlagenhaufer admettent d'après leurs observations que les complications métastatiques de la blennorragie peuvent être attribuées au gonocoque. R. JAMIN.

**Un cas de localisations du gonocoque sur les séreuses, par MAZZA** (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino, n° 3, p. 180, 1894*).

Une petite fille fut contaminée, dans la seconde moitié du mois de février 1893, par un homme atteint de blennoragie. Dans la première semaine de mars elle commença à accuser un malaise général et des douleurs à l'épaule gauche, plus tard elle ressentit également des douleurs dans les articulations des genoux et des cous-de-pieds. Le 13 mars elle entra à l'hôpital où l'on constata chez elle une pleurésie droite avec épanchement et un écoulement vaginal abondant. Peu de jours après les articulations radio-carpiennes furent prises et dans les premiers jours d'avril une pleurésie se déclara du côté gauche. Le 3 mai on pratiqua une ponction exploratrice dans la plèvre de ce côté et le liquide fut examiné. Il contenait de nombreux leucocytes où se trouvaient inclus des leucocytes qui prenaient facilement les couleurs basiques d'aniline et notamment le bleu de méthylène ; la coloration disparaissait après traitement par le Gram. Il n'existait pas de microbes en dehors des éléments cellulaires. Ces caractères étaient donc bien ceux du gonocoque; ils furent confirmés par les cultures. G. LYON.

**Traitement des infections blennorragiques chez la femme par le permanganate de potasse, par TIXERON** (*Thèse de Paris, 1894*).

Grands lavages au permanganate de potasse, de 1/2000 à 1/1000 sous une certaine pression, pour l'urétre et l'utérus. Pour les bartholinites, pour les glandes et follicules périurétraux, injections dans la glande avec une petite seringue; expression de la glande de Bartholin, au besoin cautérisation ignée des petites glandes. Le permanganate de potasse convient surtout contre le gonocoque; le sublimé à 1/10000, le nitrate d'argent à 1/3000 sont opposés aux autres infections. L'ichtyol depuis 1/10 pour l'utérus, jusqu'à 1/100 pour l'urètre, convient pour les écoulements muqueux. F. BALZER.

**Le gaïacol et son emploi dans le traitement de l'orchite blennorragique, par TAVITIAN** (*Thèse de Paris, 1894*).

Le gaïacol pur peut être toléré par l'organisme à des doses relativement élevées, mais les limites exactes de cette tolérance ne sont pas encore définitivement établies. L'auteur croit que les vapeurs de gaïacol peuvent être absorbées par la peau; en plus d'une pénétration minime par les follicules sébacés, il y a absorption plus rapide par l'épiderme, après désagrégation légère et inappréciable de celui-ci. L'action analgésique du gaïacol est due à son action sur les terminaisons nerveuses; il y aurait action directe et peut-être transmission aux centres nerveux et action spéciale sur la thermogenèse. L'élimination du gaïacol se fait par les reins à l'état de gaïacol-sulfate de potassium; elle commence au bout de 15 minutes, atteint son maximum en 5 heures et décroît ensuite. Au bout de 24 heures il est difficile de déceler le gaïacol dans l'urine. Comme application pratique l'auteur a expérimenté avec succès dans le service de Balzer la pommade gaïacolée à 5 pour 30 et constaté que deux ou trois badigeonnages suffisent pour calmer les douleurs de l'orchite.

F. BALZER.

---

# ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

**De la confusion mentale primitive, par SÉGLAS** (*Archives gén. de méd., mai et juin 1894*).

La confusion mentale peut se rencontrer dans presque toutes les formes de l'aliénation. Elle est alors symptomatique. Dans d'autres cas, elle constitue une forme essentielle : c'est la confusion mentale primitive.

Les symptômes psychiques prédominants sont : le facies hébété, la confusion des idées, le trouble du langage de transmission et de réception, la difficulté de fixer l'attention des malades, les troubles de la perception sensorielle, ceux de la mémoire. Les mouvements volontaires sont lents. Les malades se meuvent avec répugnance. Ils sont maladroits.

Dans certains cas, à ces symptômes fondamentaux s'ajoutent des idées délirantes, tristes le plus souvent, des hallucinations, des impulsions subites, irréfléchies et irrésistibles, des mouvements automatiques.

Les signes physiques ont les caractères de l'affaiblissement général, de l'épuisement, de la dénutrition. Les troubles digestifs sont fréquents. Les confus éprouvent souvent des crampes, des secousses dans les membres, des tremblements, parfois ils ont une sorte d'état cataleptiforme.

On peut admettre deux variétés cliniques de confusion mentale : la variété asthénique et la variété hallucinatoire.

La confusion mentale peut se terminer par la guérison complète, par la démence secondaire chronique, quelquefois par la mort.

Le traitement a pour première indication, de relever la nutrition générale et les forces du malade. On ne doit recourir à l'internement qu'à la dernière extrémité. RICHARDIÈRE.

**Ueber acute Lungenblähung..... (De l'emphysème pulmonaire aigu dans les états d'angoisse des aliénés), par ZIERTMANN** (*Münch. med. Woch., p. 740 et 761, 1894*).

Les états d'angoisse chez les aliénés peuvent s'accompagner d'un emphysème pulmonaire aigu, qui se produit en même temps que l'accès d'angoisse ou peu après son début, atteint son maximum au moment de l'acmé et disparaît aussitôt que les manifestations de l'angoisse disparaissent. L'auteur ne croit pas pouvoir rapporter ces troubles pulmonaires à l'abaissement du diaphragme, mais à un spasme des muscles bronchiques dû à une excitation du vague. Celle-ci est due à une excitation partant du cerveau et du centre vaso-moteur; cette dernière produit une augmentation de la pression sanguine avec exsudation consécutive dans le ventricule, laquelle de son côté provoque de nouveau et mécaniquement, une nouvelle irritation des centres déjà nommés. C. LUZET.

**La scialorrea negli alienati, par Andrea CRISTIANI** (*Rivista sper. di freniatria e med. leg., XX, 2, p. 117*).

Ce travail est basé sur 18 observations. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : la salive des aliénés avec sialorrhée a une densité plus grande que la salive des aliénés ou des individus sains sans ptyalisme ; elle est moins fluide, plus visqueuse, a une réaction plutôt neutre quelquefois alcaline, ne contient que de faibles quantités ou même manque de sulfocyanure de potassium, a un grand pouvoir amylolitique. C'est une salive mixte provenant indifféremment de toutes les glandes salivaires. Elle a les caractères de la salive provenant de l'excitation du grand sympathique. Cette sialorrhée est due à ce que l'irritation de l'écorce cérébrale produite par l'affection mentale détermine par l'intermédiaire du sympathique une excitation de l'activité fonctionnelle sécrétoire des glandes salivaires. Un argument en faveur de l'origine sympathique de ce ptyalisme, c'est que le sulfate d'atropine qui paralyse la corde du tympan n'agit pas sur lui. De plus, dans 5 cas, l'auteur a constaté outre la sialorrhée d'autres phénomènes dûs à une action vaso-motrice sympathique : des larmes et de la congestion de la face. L'exagération de la propriété amylolitique de la salive des aliénés sialorrhéiques explique que ces derniers puissent digérer admirablement de grandes quantités de pain, de féculents et de légumes divers. PIERRE MARIE.

**Sulla tossicità del succo gastrico degli alienati, par Erminio MASETTI** (*Rivista sper. di freniat. e med. leg., XX, p. 204*).

L'auteur a injecté à des lapins, dans l'oreille, du suc gastrique extrait de l'estomac de divers aliénés, il a constaté que ce suc gastrique était beaucoup plus toxique que celui d'individus sains pris comme terme de

comparaison. Il pense que cette propriété du suc gastrique joue un rôle dans la production des troubles mentaux d'une façon soit primitive, soit secondaire. PIERRE MARIE.

**Folies concomitantes, par Louis PAIN** (*Thèse de Nancy, 1894*).

L'auteur rejette à la fois l'opinion de Lasègue et Falret sur la folie à deux, celles de Régis et Marandon de Montyel, sur la contagion et l'imitation. Il ne voit dans la folie à deux que des délires similaires et simultanés chez des héréditaires *vivant ensemble*, mais il refuse d'attribuer le seul rôle important au contact intime et permanent comme cause déterminante nécessaire. L'allure du délire est particulière et c'est celle de la folie héréditaire. Les hallucinations et les idées de persécution sont empreintes d'un caractère spécial, qui est dû simplement à ce qu'il s'agit d'héréditaires. Toutes les formes vésaniques désignées sous le nom de folie à deux appartiennent à la folie héréditaire, et ce n'est que parce que l'on s'est laissé surprendre par des coïncidences frappantes ou quelques symptômes secondaires bruyants que l'on a été tenté de faire certaines différenciations qui ne font que compliquer la pathologie mentale. Il faut donc appeler ces folies, concomitantes, car elles ont les mêmes causes et appartiennent à la même souche, l'hérédité. P. S.

**Le délire des négations, par J. SÉGLAS** (*Un vol. in-18, Paris, 1894*).

Séglas précise d'abord le terme même de délire des négations. Ce terme très général ne doit s'appliquer qu'à un ensemble d'idées délirantes de négation, aussi bien dans la mélancolie que dans les autres formes d'aliénation mentale. Suivant que ces idées délirantes seront ou non systématisées, on aura le délire des négations ou au contraire simplement des idées de négation.

Séglas étudie dans la première partie de son ouvrage le délire des négations de la mélancolie où, rendant hommage à celui qui l'a décrit pour la première fois, il lui donne le nom de syndrôme de Cotard. Il en étudie successivement les symptômes, l'évolution psychologique (folie des négations) et la marche clinique. Dans un chapitre des plus intéressants, il en fait une étude psychologique, tant au point de vue de son origine que de sa signification qui est exposée d'une façon remarquable. Il examine ensuite sa fréquence, ses causes, les différents aspects qu'il revêt dans la mélancolie et dans la folie circulaire, et enfin son diagnostic et son pronostic.

Dans la seconde partie, Séglas étudie le délire des négations en dehors de la mélancolie, dans certaines variétés de folie systématisée de persécution, dans la folie systématisée hypochondriaque et dans la débilité mentale, où il se montre encore plus ou moins systématisé.

Enfin, il passe en revue les idées de négation que l'on peut rencontrer au cours de la paralysie générale, dans la sénilité, dans les lésions cérébrales circonscrites, dans la confusion mentale primitive, le délire fébrile, l'alcoolisme, la manie, l'hystérie. Le délire des négations apparaît donc non comme une maladie spéciale, mais comme un symptôme qui n'a rien de pathognomonique. Il est cependant des cas qui correspondent à la des-

cription donnée par Cotard, laquelle doit être conservée au moins comme base de recherches ultérieures. La folie des négations ne doit être comprise que comme une variété de la mélancolie et ne peut s'appliquer qu'au délire des négations mélancoliques, envisagé dans son évolution psychologique progressive et seulement pour le distinguer des autres délires des négations systématisés, lesquels peuvent se rencontrer dans d'autres affections mentales que la mélancolie.

Les idées de négation, d'une façon générale, sont la manifestation d'une altération de la personnalité survenant sous le coup de modifications de la base organique (cénesthésie) et de la sphère motrice et affective de de la vie psychique.

Un index bibliographique termine cet ouvrage qui constitue la monographie la plus complète et la plus précise sur cette question.

P. S.

**La folie parasyphilitique, par HAGELSTEIN** (*Thèse de Nancy, 1894*).

L'auteur admet l'existence d'une folie d'origine spécifique ou parasyphylitique. Elle peut se manifester à toutes les périodes de la syphilis, mais surtout à la période secondaire, en même temps que les accidents de cette période. A ce titre elle remplit déjà une des conditions des folies par intoxication ou infection. Soit dans des cas de folie syphilitique tertiaire, soit dans d'autres cas de folie secondaire les symptômes et les délires ont été ceux des intoxications et des infections. Aussi en se plaçant exclusivement au point de vue clinique, l'auteur admet-il que la syphilis agit de deux façons : infection par le virus et par les toxines élaborées par lui ; et auto-intoxication par troubles de la nutrition générale. Il y a peut-être lieu aussi de tenir compte de l'intoxication mercurielle.

Cette folie parasyphilitique ne doit pas être confondue avec les troubles psychiques (affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, hébétude, incohérence des idées) qui accompagnent parfois les lésions tertiaires.

Quoi qu'il en soit de la forme, l'indication formelle dans le cas de folie parasyphilitique est de prescrire un traitement antisyphilitique et antiinfectieux.

P. S.

**Un cas de porencéphalie, par Conolly NORMAN** (*Journal of mental sc., octobre 1894*).

Il s'agit d'un cas de porencéphalie vraie, pris pendant la vie pour une paralysie infantile chez un homme de 42 ans, non idiot, quoique très faible d'esprit. La porencéphalie portait sur l'hémisphère gauche dans tout le territoire de la sylvienne, et le porus communiquait avec le ventricule latéral. Sur les coupes de la protubérance, ce qui frappe, c'est l'absence presque complète du faisceau pyramidal du côté affecté.

P. S.

**Ueber eine eigenartige Form des Schwachsinns (Forme spéciale d'imbécillité), par KRÄPELIN** (*Berlin. klin. Woch., n° 36, p. 385, 3 septembre 1894*).

Chez un certain nombre de faibles d'esprit un raisonnement sain sur les faits simples contraste avec un langage des plus incohérents et confus.

Otto a publié un cas de ce genre observé dans la clinique de Grashey. Les malades possèdent des notions exactes du temps, du lieu ; connaissent leur entourage et ont une bonne mémoire ; mais leurs discours ne contiennent que quelques phrases intelligibles et sensées. Quand ils donnent des explications ou qu'ils lisent à haute voix, ils font, selon l'expression de Forel une salade de mots, faisant intervenir à chaque instant des anacoluthes, des mots explétifs inopinés, des séries de génitifs dépendant les uns des autres, des verbes auxiliaires, des vers hors de propos. D'autre part, leurs actes sont raisonnables. Cet état peut demeurer stationnaire des dizaines d'années. Kraepelin le considère comme un processus de dégénérescence chez des individus jeunes, comparable à l'hébéphrénie. J. B.

**Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie et l'hydrocéphalie; compte rendu du service des Enfants de Bicêtre (1893), par BOURNEVILLE, BONCOURT, CORNET, LENOIR, NOIR et P. SOLLIER** (*Un vol., Paris, 1894*).

Ce volume comprend dans la partie scientifique un long mémoire de Bourneville où il compare le traitement chirurgical au traitement médico-pédagogique de l'idiotie, à l'aide de nombreuses observations. Il s'attaque surtout à la craniectomie, qui n'est justifiée ni par la synostose prématurée des sutures, laquelle n'existe pas en général, ni par l'état du cerveau qui est ordinairement atteint de lésions plus ou moins profondes sur lesquelles elle ne saurait avoir aucune influence. Plusieurs photographies de crânes craniectomisés et de cerveaux montrent d'ailleurs que l'action de la craniectomie a été absolument nulle.

Bourneville a essayé avec Cornet les injections de Brown-Séquard dans l'épilepsie. Sur 28 cas, 8 ont eu une légère diminution dans le nombre des accès et les 20 autres ont eu au contraire une aggravation notable. Chez aucun des malades il n'y a eu amélioration même de l'état intellectuel. Viennent ensuite un cas intéressant d'hémimélie biabdominale, par Bourneville, et un cas d'hétérotopie du cerveau, par Bourneville et Sollier, constituée par une tumeur développée aux dépens des tubercules mamillaires et constituée par de la substance nerveuse pure, et ayant entraîné de l'idiotie et de l'épilepsie. Enfin le compte rendu se termine par un important mémoire fait avec la collaboration de Noir, sur l'idiotie hydrocéphalique. P. S.

**Sulfates dans l'urine des paralytiques généraux et de leurs rapports avec les attaques épileptiformes, par John TURNER** (*Journal of mental sc., janvier 1895*).

Dans 8 cas de paralysie générale examinés comparativement avec des cas de même ancienneté, il n'y avait pas de différence marquée dans l'excrétion normale des deux formes de sulfates. Dans les cas examinés à différentes époques il y avait une tendance à l'élévation des deux sortes de sulfates, à mesure que la maladie progressait. Dans 11 cas de paralysie générale avancée, l'excrétion des sulfates combinés est grande, ce qui tient à un accroissement des processus putrides intestinaux. Il y a

absolument et relativement une plus grande excrétion de sulfates combinés pendant les attaques que pendant les autres époques de la maladie.

P. S.

**Mittheilung über vorausgegangene Psychosen bei Paralytikern, par Clemens NEISSER** (*Berlin. klin. Woch.*, *17 septembre 1894*).

Neisser relate 6 cas de paralysie générale progressive dans lesquels les malades avaient eu, à une époque antérieure, une autre psychose (mélancolie, 2 cas chez des hommes; manie, 3 cas dont 1 chez 1 femme; délire hallucinatoire, 1 homme). L'intervalle de parfaite santé entre les deux affections a varié de 6 à 32 ans.

J. B.

**Das Ulnarissymptom bei Geisteskranken..... (Le signe du cubital chez les aliénés et spécialement chez les paralytiques généraux), par CRAMER** (*Münch. med. Woch.*, *28 et 29*, *p. 552 et 573*, *1894*).

La recherche systématique a montré que chez 3/4 environ des aliénés non-paralytiques la pression sur le nerf cubital derrière le condyle interne de l'humérus produit une sensation douloureuse ou une réaction plus ou moins marquée. Chez les paralytiques généraux, nous avons un rapport inverse dans l'état du nerf cubital : dans 76 0/0 des cas on trouve des deux côtés de l'analgésie de ce nerf. L'auteur pense donc que ce symptôme peut jouer un rôle dans le diagnostic différentiel de ces affections.

C. LUZET.

**Effets de l'ingestion de corps thyroïde dans quelques formes de folie, par Lewis BRUCE** (*Journal of mental sc.*, *janvier 1895*).

L'auteur a essayé cette méthode dans la manie et la mélancolie aiguës et chroniques, la folie syphilitique, l'amnésie alcoolique, la folie puerpérale, la paralysie générale. Sous l'influence de l'ingestion de glande thyroïde il peut se produire une légère élévation thermique qui est favorable aux malades. Il est rarement nécessaire de donner plus de 60 grammes d'extrait par jour. L'excès amène de l'irritation gastrique. Le principal danger consiste dans l'apparition possible de faiblesse du cœur. L'alimentation thyroïdienne est contre-indiquée dans les cas de manie aiguë, avec diminution rapide de poids. Elle paraît surtout efficace dans la folie de l'adolescence et les accès puerpéraux. Dans les cas où il y a tendance à la chronicité, où la guérison se fait attendre, le traitement thyroïdien amène quelquefois la stimulation nécessaire pour la guérison. Ce traitement a donné à l'auteur des résultats particulièrement satisfaisants dans la paralysie générale. En résumé, il y aurait tout avantage à utiliser dans un grand nombre de cas ce moyen nouveau de traitement.

P. S.

**Sur l'action de la duboisine et de la scopolamine sur les aliénés, par S.-K. CHMIELEWSKI** (*Med. obozr.*, *n° 19*, *1894*).

Le *sulfate de duboisine* en injections sous-cutanées, d'abord à la dose de un demi-milligramme, puis 1 milligramme est un excellent calmant dans les états d'excitation vésanique ; parfois il a provoqué un sommeil

calme. Un seul malade sur 18 est resté réfractaire à son action. Dans 5 cas d'idiotie épileptique, Chm. a essayé ce médicament contre les accès épileptiformes, mais sans succès ; associé au bromure, il a donné de meilleurs résultats. Il est surtout utile dans les cas d'excitation psychomotrice, de la manie aiguë, de confusion hallucinatoire aiguë, de la paralysie générale, du délire aigu. Il est contre indiqué dans les formes de dépression psychique, de mélancolie avec angor et hallucination. La duboisine a des effets cumulatifs, aussi faut-il faire des interruptions dans son administration.

Le *bromure de scopolamine* a une action très analogue à celle de la duboisine : même calmant des états d'excitation motrice, même résolution musculaire, dilatation pupillaire, même faiblesse générale, vertiges, etc. La seule différence consiste dans ce que la scopolamine est moins active que la duboisine : 1 milligramme de cette dernière correspond à $1^{mmg},5$ de scopolamine. Celle-ci a également des effets cumulatifs.

H. FRAENKEL.

**De l'issue des bactéries intestinales dans le péritoine et dans le sang pendant l'intoxication alcoolique aiguë, par WURTZ et HUDELO** (*Soc. de biol.*, *26 janvier 1895*).

On faisait ingérer à des lapins et cobayes de l'eau alcoolisée jusqu'à production du coma alcoolique. Au bout d'une heure ou deux l'animal était tué par section du bulbe. L'ensemencement a prouvé que dans plus de la moitié des cas il y avait diffusion des bactéries intestinales (B. coli, proteus vulgaris, etc.) dans l'organisme. Les animaux témoins revenaient à la vie après disparition du coma. DASTRE.

**De l'origine hépatique de certains délires des alcooliques, par KLIPPEL** (*Annales méd. psych.*, *septembre-octobre 1894*).

L'observation qui fait la base de ce travail montre une malade atteinte de troubles, attestant une intoxication chronique par l'alcool avec les symptômes cérébraux que comporte cette intoxication dans ses formes légères et offrant brusquement un délire d'une autre forme, faisant songer d'abord à un délire fébrile, tandis que, d'autre part, l'autopsie démontrait une destruction complète du foie. Ce qui frappe dans ce cas, c'est le changement brusque dans la symptomatologie, un délire aigu avec confusion mentale succédant à des accidents à évolution lente, délire à allures graves entraînant un pronostic sérieux au cours d'une affection chronique sans gravité immédiate ; c'est la brusque intervention de l'auto-intoxication d'origine hépatique donnant aux symptômes une face nouvelle.

C'est un fait de plus à l'appui des précédents travaux de l'auteur ayant pour but de montrer que le foie lésé par l'alcool pourrait intervenir à son tour dans la production des troubles mentaux. P. S.

**Des rapports de la fièvre typhoïde et de l'épilepsie, par Henri COMMENGES** (*Thèse de Paris*, *1894*).

L'épilepsie causée par la fièvre typhoïde peut être divisée en deux groupes : l'épilepsie per-typhoïde et l'épilepsie post-typhoïde. L'épilepsie

per-typhoïde semble n'être que le résultat des facteurs de produits solubles irritants sur un système nerveux prédisposé (hérédité, intoxication). Son pronostic est bénin. L'épilepsie post-typhoïde peut à son tour être divisée en deux classes : l'épilepsie post-typhoïde immédiate, accompagnée de troubles vésaniques ou l'épilepsie post-typhoïde apparaissant au cours d'un délire, datant lui-même de la convalescence, comporte un pronostic grave. Elle se termine par la mort ou par la déchéance complète du sujet. L'épilepsie post-typhoïde médiate, non accompagnée ni précédée de manifestations vésaniques, a le même pronostic que l'épilepsie vulgaire tardive et dite idiopathique.

Dans les deux cas, l'épilepsie post-typhoïde est en relation avec les lésions anatomiques des centres nerveux, lésions d'origine microbienne.

P. S.

**Some recent measures in the treatment of epilepsy with special reference to the use of opium, par COLLINS** (*Med. Record*, *22 septembre 1894*).

Pendant un an, C. a employé le traitement préconisé dans l'épilepsie par Flechsig, administration de l'opium à hautes doses, pour en suspendre subitement l'emploi et le remplacer par les bromures à doses décroissantes. De son expérience personnelle, il tire les conclusions suivantes : le traitement de Flechsig n'est pas spécifique de l'épilepsie ; dans presque tous les cas où il fut institué, les attaques cessèrent pour un temps plus ou moins long ; les rechutes se firent généralement dans une période variant de quelques semaines à quelques mois, les attaques survenant alors ayant un caractère bien moins grave que celles survenues avant le traitement ; le traitement semble tout particulièrement indiqué dans les cas anciens, invétérés ; il ne peut être recommandé dans les cas récents idiopathiques ; la médication opiacée est un important adjuvant de la médication bromurée ; l'opium agit symptomatiquement, prépare les voies et augmente l'activité des bromures.

CART.

**Demonstration eines Falles von Rindenepilepsie, geheilt durch die Trepanation, par E. LEYDEN** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 37. p. 839*, *10 septembre 1894*).

Homme de 30 ans ; à l'âge de 4 ans chute ayant occasionné une fracture du crâne, qui a laissé une cicatrice déprimée, adhérente à l'os, indolore même à la pression, placée immédiatement à droite de la ligne médiane, sur le vertex, c'est-à-dire au niveau de l'extrémité supérieure du sillon central. 24 ans plus tard, il fut brusquement pris de convulsions du côté gauche précédées de nausées et d'aura olfactive. Les convulsions débutèrent à la face et gagnèrent successivement le bras et la jambe, elles durèrent 10 minutes sans perte de connaissance. Des accès identiques se sont reproduits à plusieurs reprises dans les deux dernières années ; le dernier a eu lieu il y a 2 mois. Il y a 15 jours, aggravation subite empêchant l'exercice de la profession. Violentes douleurs du côté droit de la tête, descendant jusqu'à la nuque ; lourdeur de la tête, somnolence et incertitude des mouvements, hoquets, affaiblissement général des membres gauches.

État à l'entrée le 5 mars : somnolence, stupeur, apyrexie. Hémiplégie gauche, flasque, pas de troubles de la sensibilité ; exagération du réflexe rotulien gauche et trépidation épleptoïde du pied correspondant. Rien du côté des yeux, de la parole et des sphincters. Le 12 mars, Bardeleben trépane le

crâne au niveau de la cicatrice et ne constate qu'un peu d'épaississement du tissu conjonctif entre la dure-mère et l'os, ponction intracérébrale négative.

Durant les 8 premiers jours qui suivirent cette opération, aucun changement : persistance de la céphalée, des nausées, hoquets, stupeur et paralysies. Au bout de ce temps, le malade commence à mouvoir les membres, et 3 semaines après la trépanation il ne lui restait qu'un peu de parésie et de raideur de la jambe gauche. Les accès épileptiformes ont cessé. J. B.

**I. — Ueber Myxœdem und die Schilddrüsen-Therapie, par MENDEL** (*Berlin. klin. Woch., n° 34, p. 789, 20 août 1894*).

**II. — Même sujet, par EULENBURG** (*Ibid.*).

**III. — Myxœdème crétinoïde congénital très amélioré par l'ingestion en nature de glandes thyroïdes, par COMBE** (*Revue méd. Suisse romande, XIV, n° 7, p. 434, juillet 1894*).

**IV. — Ueber Myxödembehandlung, par Joh.-Julius SCHMIDT** (*Deutsche med. Woch., n° 42, 1894*).

I. — Mendel a guéri, par le traitement thyroïdien, 3 cas de myxœdème chez des femmes âgées de 45 à 60 ans. Il eut d'abord recours aux injections de suc thyroïdien qui ne furent pas longtemps efficaces et provoquèrent des accidents chez deux des malades : un vaste phlegmon chez l'une et des phénomènes très inquiétants d'affaiblissement cardiaque chez l'autre. Après 8 jours seulement d'administration de tablettes thyroïdiennes, au contraire, l'amélioration était déjà surprenante chez toutes.

Chez l'une de ces malades, on a pratiqué pendant 2 ans le dosage de l'urée urinaire. Durant la maladie, l'excrétion quotidienne d'urée a oscillé entre 14 et 20 grammes ; à la guérison, elle a atteint successivement 25, 30, 35 et 40 grammes. Aussi Mendel, contrairement à Ewald, ne croit-il pas que ce soit l'excrétion du liquide myxœdémateux qui accroît la proportion d'urée chez les malades guéris. Pour lui, cette élimination accrue d'urée n'est qu'un retour à l'état normal, le myxœdème s'accompagnant d'un ralentissement de la nutrition qui s'accuse d'ailleurs par d'autres phénomènes tels que l'abaissement de la température à 35° ou 35°,5 et le ralentissement du pouls tombé à 50 ou même moins. Les tablettes thyroïdiennes n'ont déterminé de glycosurie chez aucune de ces 3 femmes.

II. — Eulenburg a obtenu également la rapide guérison des symptômes myxœdémateux chez une femme traitée par les tablettes de Burroughs, Welcome et C^ie^, administrées à la dose de 2 par jour, soit de 6 décigrammes de tissu thyroïdien pulvérisé. Il n'en a observé aucun phénomène fâcheux. Après 7 semaines de traitement ininterrompu, le gonflement de la face et des mains a entièrement disparu et le poids a diminué de 17 livres, Le développement éléphantiasique des membres inférieurs a subi également une rétrocession considérable.

III. — Fillette de 4 ans ayant présenté à l'âge de 8 mois les premiers signes de myxœdème ; elle avait à ce moment 70 centimètres de hauteur et 2 dents.

Au début, Combe a prescrit une demi-thyroïde de mouton. Mais bientôt des symptômes d'intoxication sont survenus : vomissements, fièvre, agitation, insomnie, etc. Après des tâtonnements, il est arrivé au mode d'administration suivant. Pendant 5 jours, 1/3 de lobe (c'est-à-dire de demi-thyroïde) de mou-

ton, puis repos de 5 jours, avant de recommencer pour 5 nouveaux jours, et ainsi de suite.

Au bout de 2 mois de traitement, l'enfant a tellement maigri qu'elle n'a plus que la peau sur les os; sa langue et ses lèvres sont naturelles; son gros ventre a disparu ainsi que la hernie, les pieds et les mains sont normaux et chauds. La voix a perdu son timbre rauque. En 5 semaines, 11 dents sont sorties; la taille a augmenté de 4 centimètres 1/2 dans le même temps. L'enfant est plus forte, se tient debout et commence à faire quelques pas toute seule.

Au point de vue intellectuel les changements ne sont pas moins importants. Elle reconnaît son entourage, joue, commence à parler, demande à manger, etc.

J. B.

IV. — La malade, âgée de 20 ans, présentait les symptômes de myxœdème spontané. Le traitement commence le 27 mai 1893 par l'ingestion d'un lobe entier et cru de glande thyroïde de veau, le 2e jour deux lobes, le 3e encore un lobe. La malade éprouve de violents maux de tête avec fièvre : la température qui oscillait de 35° à 35°,5 monte à 38°,1, le pouls monte à 120°, l'urine augmente de 1/4 de litre à 1 litre 1/2.

On diminue la dose, on donne 1/4 de lobe le matin et autant le soir (4 grammes en 2 fois); les malaises ne font qu'augmenter. On interrompt 2 jours, et on essaie de reprendre, mais alors éclate un violent accès urémique d'un quart d'heure suivi d'un état comateux de plusieurs heures.

Cependant l'amélioration qui suit cette crise est tellement marquée qu'on se décide à reprendre le traitement, cette fois avec des thyroïdes de mouton à la dose de 1 gramme par jour, 3 fois par semaine; puis, à partir de novembre avec des pastilles d'extrait thyroïde de White, une tous les 3 jours. Continué pendant 4 mois, le traitement a produit une transformation éclatante; les règles se sont établies, la peau a repris sa souplesse, l'intelligence s'est développée.

H. DE BRINON.

---

# MÉDECINE LÉGALE.

**Le moment de la mort et la mort apparente, par P. BROUARDEL** (*Annales d'hyg. publ., 3e série, XXXI, n° 6, p. 495*).

La mort apparente peut s'observer : 1° chez les nouveau-nés; 2° chez les hystériques en léthargie; 3° à la suite d'hémorragies; 4° à la suite de syncopes; 5° à la suite du phénomène d'inhibition nerveuse; 6° à la suite d'enfouissements; 7° dans la submersion; 8° dans la congélation; 9° dans la fulguration; 10° dans la pendaison; 11° dans la commotion cérébrale; 12° dans l'ivresse; 13° dans l'anesthésie par le chloroforme et l'éther.

J. B.

**I. — De la pendaison; étude des lésions du cou, leur valeur diagnostique, par Joseph THOMAS** (*Thèse de Paris, 1893*).

**II. — Ueber Carotisrupturen beim Tode durch Erhängen, par Henrich PEHAM** (*Viertelj. f. gerichtl. Med., 3e série VIII, fasc. supplémentaire, p. 176*).

**III. — Mécanisme de la mort dans la pendaison, par Paul BARON** (*Thèse de Paris 1893*).

**IV. — Experimentelle und kritische Beiträge zur Lehre von Tode durch Erhängen, par Albin HABERDA et Max REINER** (*Viertelj. f. gericht. Med., 3e série, VIII, fasc. suppl., p. 126*).

**V. — Ueber die Erscheinungen bei Wiederbelebten nach Suspension und Strangulation underen gerichtsärztliche Bedeutung, par C. SEYDEL** (*Ibidem, VIII, p. 102*).

I. — Toutes les lésions observées sur les cadavres de pendus, dans les organes encéphaliques, thoraciques et abdominaux, à l'exception des lésions du cou, se retrouvent dans les autres genres de mort par asphyxie ; elles ne sauraient donc être considérées comme caractéristiques de la pendaison pendant la vie.

Toutes les lésions du cou, surtout le sillon et à l'exception de l'extravasation sanguine, peuvent être produites expérimentalement après la mort avec les mêmes apparences que pendant la vie. L'extravasation sanguine, dans les couches superficielles et profondes du cou, avec ou sans lésions des vaisseaux, des muscles ou du squelette, ne peut se produire que pendant la vie. Chaque fois, qu'en même temps que le sillon constaté autour du cou on trouvera des lésions des muscles, des vaisseaux, de squelette, accompagnées d'extravasation sanguine, il sera permis d'affirmer que la mort a été causée par la constriction du cou pendant la vie. Le diagnostic de la mort par pendaison repose donc tout entier sur les lésions du cou. La difficulté peut se trouver augmentée par l'emploi d'un lien large de préférence à un lien étroit, le premier produisant beaucoup plus difficilement les lésions de la pendaison.

II. — A l'Institut de médecine légale de Vienne, dirigé par von Hofmann, parmi les 186 autopsies de pendu sur lesquelles on a un procès-verbal, il en est 15 offrant des déchirures des carotides, soit une proportion de 8,06 par 100. Du tableau synoptique dressé par Peham, il ressort que la déchirure intéressait 11 fois les carotides primitives (5 fois la droite, 3 fois la gauche et 3 fois les deux) 2 fois la carotide interne et 2 fois l'externe. Les lésions portaient toujours uniquement sur la membrane interne ; l'épanchement de sang coagulé était toujours limité à la rupture et à son voisinage immédiat. Quelques autres pendus, sans présenter de ruptures de la tunique interne du vaisseau, offraient des ecchymoses dans le tissu cellulaire de l'adventice, au niveau habituel des déchirures. En général, la déchirure n'avait que quelques millimètres de longueur ; rarement les déchirures sont multiples. Leur direction est le plus souvent transversale, mais souvent les bords en sont plus ou moins dentelés. Elles s'observent aussi bien chez les individus débiles et maigres que chez les gens robustes et doués d'embonpoint. Elles sont plus communes avec des liens pas très volumineux et fermes, tels que les cordes. On les observe à tous les âges. L'athérome artériel n'est pas nécessaire pour leur production, car il n'est signalé que 5 fois sur 15, et beaucoup de pendus athéromateux avaient les carotides intactes.

Peham soutient que la compression exercée par le lien constricteur et non la distension, le tiraillement du vaisseau, est l'agent essentiel de la rupture qu'on note aussi dans la strangulation. Sur 7 suppliciés par sus-

pension, 5 offraient des déchirures de la carotide; si parmi eux la proportion est plus forte que parmi les suicidés, cela tient à ce que le bourreau tire sur les membres du patient, ce qui augmente la constriction du cou. Chez les suppliciés, les caractères de la lésion sont d'ailleurs les mêmes qu'en cas de suicide.

III. — Après une intéressante revue, avec citations, des opinions émises depuis Ambr. Paré sur le mécanisme de la mort par pendaison, Baron expose les expériences qu'il a faites sur des chiens, dans le but d'élucider la question. Plus le lien est mince et rigide et plus la durée de l'asphyxie est courte. L'occlusion des voies respiratoires est seule la cause de la mort dans la pendaison des chiens. La diminution du poids des pendus signalée par Pellereau (*R. S. M.*, XXXI, 632), est représentée par la quantité des urines et matières fécales rendues. La compression des pneumogastriques semble n'avoir aucune influence sur l'état de congestion ou d'anémie des poumons.

IV. — L'occlusion du calibre des deux carotides, mentionnée par von Hofmann, dans la pendaison, est un phénomène incontestable. Habituellement, on observe aussi l'occlusion des deux artères vertébrales. Ces deux circonstances réunies expliquent la perte rapide de connaissance chez les pendus. Il peut en outre survenir un arrêt du cœur en diastole, résultant soit de l'irritation mécanique exercée par le lien constricteur sur le tronc même des pneumogastriques, soit plutôt d'un réflexe parti du nerf laryngé ou de ses branches. Cette irritation nerveuse peut, lorsque il y a occlusion incomplète des artéres descendant au cerveau, hâter l'apparition de la perte de connaissance, tandis que d'un autre côté elle augmente la durée de l'asphyxie. Contrairement à ce que pense Ignatowsky (*R. S. M.*, XLIV, 277), la pression cérébrale n'a aucune influence sur l'évolution des phénomènes et la mort par pendaison. En revanche, l'idée que l'irritation traumatique du laryngé exerce une action inhibitoire sur les mouvements respiratoires est vraisemblable.

V. — Seydel relate l'observation d'une pendue de 27 ans qu'il a pu rappeler à la vie. La suspension, qui n'avait duré que quelques minutes, fut suivie d'une période d'inconscience absolue pendant plusieurs heures. Etat de mort apparente tant que la respiration et la circulation furent faibles et irrégulières ; ensuite, après quelques légères contractions des membres, violentes convulsions classiques et toniques dans les muscles des membres et du tronc, rappellant celles de l'éclampsie ou de l'épilepsie. Au bout d'une heure, la malade commence à émettre des sons rauques et inarticulés en même temps qu'elle avait une agitation extrême. Une fois revenue à la connaissance et guérie, cette femme avait perdu tout souvenir de sa tentative de suicide.

J. B.

**De la cause de la mort à la suite des brûlures étendues de la peau, par KIANICINE** (*Archives de méd. exp.*, *VI*, 5).

Quand la mort survient rapidement à la suite des brûlures très étendues et très intenses, elle peut être rapportée à un choc nerveux, qu'expliquent suffisamment les connexions nerveuses si étroites de la peau et des centres. Mais l'explication ne saurait convenir, quand la mort a lieu plus tardivement. L'ensemble observé rappelle alors un empoisonnement : collapsus hypothermique, ralentissement du cœur, dyspnée, vo-

missements, etc. Or, l'expérimentation chez les animaux semble bien établir que dans ces cas le sang et les organes contiennent un alcaloïde toxique qui conditionne ces différents symptômes ; ce corps existerait surtout dans les viscères. Il peut avoir sa source dans l'altération du sang détruit par le calorique et plus tard envahi par les processus septiques ; ou bien ce serait une leucomaïne produite par l'activité anormale des tissus et du sang influencés par la brûlure. Le poison ptomaïne ou leucomaïne est impossible à obtenir pur ; mais les extraits d'organes reproduisent expérimentalement les phénomènes susdits chez les animaux et provoquent en particulier une néphrite toxique très caractérisée

GIRODE.

**Expériences sur la combustion des cadavres, par DESCOUTS, ROBERT et Jules OGIER** (*Ann d'hyg. publ.*, *XXXI*, *n° 6*, *p. 533*).

Expériences sur 3 cadavres brûlés en plein air, sur le sol, après avoir été recouverts de vêtements arrosés de pétrole, d'huile ou d'alcool. Les différences consistent surtout dans la rapidité avec laquelle le feu se propage suivant le liquide. L'alcool prend feu partout presque instantanément et sa combustion est très prompte. L'inflammation de l'huile est, au contraire, lente et difficile, la flamme ne se propage, d'une partie à l'autre des vêtements imprégnés, qu'avec une grande lenteur. Le pétrole tient le milieu entre les deux précédents. En d'autres termes, l'alcool, employé en volume insuffisant, pourrait brûler sans déterminer la combustion complète des vêtements, et, à plus forte raison, sans produire de brûlures notables sur le cadavre. L'huile, en revanche, pourrait brûler seulement par places et déterminer des combustions localisées des vêtements et de la chair. Pour obtenir avec l'huile les mêmes effets qu'avec l'alcool ou le pétrole, il faut plus de temps et activer la combustion en soulevant par instants les vêtements partiellement carbonisés. Le pétrole est des 3 celui qui donne les meilleurs résultats, au point de vue de l'inflammation et de la transmission de la flamme au cadavre. Quel que soit le liquide employé, on finit par arriver sensiblement au même résultat et on distingue toujours dans l'opération 2 phases. D'abord, l'inflammation de l'agent comburant et des vêtements détermine un échauffement progressif de la peau et des membres : ceux-ci se rétractent peu à peu; les bras s'élèvent par des mouvements saccadés, les avant-bras se rapprochent des bras, les genoux se soulèvent aussi, les talons se rapprochent du siège. Il résulte de ce changement dans l'attitude du cadavre, que l'air peut circuler librement dans la région des jambes, des cuisses et des fesses; par suite, dans cette région, la combustion devient plus énergique, la flamme du liquide répandu à terre peut lécher les membres ainsi soulevés. Après quelque temps, la température développée est suffisante pour détruire la peau et un peu de tissu musculaire ; alors, la graisse sous-cutanée commence à fondre, tombe à terre toute enflammée et agit à son tour comme agent de combustion ; c'est la seconde phase de l'opération.

Les mains et les avant-bras, qui sont aussi soulevés au-dessus du sol, brûlent avec une facilité relative. Quant aux autres parties du cadavre sur lesquelles le liquide combustible ne peut pas agir de bas en haut, elles résistent beaucoup plus longtemps. Peu à peu, cependant, la peau du

ventre se fendille, éclate, et laisse échapper des graisses liquides. Ces graisses peuvent s'étendre par capillarité et imprégner des parties voisines de vêtements incomplètement brûlés, ce qui donne lieu à des taches sur les vêtements. Mais la combustion complète d'un cadavre exige un grand nombre d'heures. En effet, au bout de 2 heures, il n'y a encore qu'une carbonisation des organes génitaux, une destruction de la peau des fesses et de la cuisse et d'une faible épaisseur du tissu musculaire, sans aucune séparation du membre, sans aucun os mis à nu. Les flammes s'élèvent à une grande hauteur. J. B.

**The position of a human body burnt, but not completly destroyed by the fire, par Jonathan BECKER** (*Brit. med. Journ., p. 1297, 16 juin 1894*).

De l'action du feu sur les muscles et de la position qu'affectent les cadavres des brûlés après la mort, Becker tire les conclusions suivantes : quand le corps a été brûlé avant la rigidité cadavérique, les muscles superficiels contracturés déterminent des attitudes spéciales. Quand il a été brûlé postérieurement à l'établissement de la rigidité cadavérique, il n'y a pas d'attitude spéciale produite par la contracture musculaire.

H. R.

**Ueber die postmortalen Gewichtsverluste bei menschlicher Früchten, par Carl IPSEN** (*Viertelj. f. gericht. Med. und œff. Sanit., VII, p. 281, avril 1894*).

Immédiatement après la mort extra-utérine, fœtus et nouveau-nés commencent à perdre de leur poids par évaporation de leur surface tégumentaire. La température atmosphérique a une grande influence sur l'intensité de ce phénomène. La perte d'eau est d'autant plus abondante que le fœtus est moins développé. Le poids du fœtus de 6 mois diminue quotidiennement, en moyenne, de 48 grammes, soit de 62,7 pour 1,000 ; celui du fœtus de 7 mois, de $34^{gr},7$, soit de 28,4 pour 1,000 ; celui du fœtus de 8 mois, de 21 grammes, soit de 12,4 pour 1,000 ; enfin celui du fœtus à terme, de $20^{gr},7$, soit de 8,5 pour 1,000.

La perte de poids est plus considérable chez les fœtus macérés : elle s'élève à 53 grammes par jour, soit à 24,8 pour 1,000.

Ces chiffres sont le résultat de nombreuses pesées faites sur les petits cadavres laissés à l'air, nus, dans une salle de l'Institut médico-légal d'Inspruck.

Quand on les expose aux intempéries, on les voit reprendre momentanément de leur poids, à la suite des pluies, grâce à l'imbibition de leurs tissus desséchés.

Chez les nouveau-nés qui ont survécu quelques jours, la déperdition de poids est moindre que chez les mort-nés ou les enfants qui ont succombé immédiatement après la naissance.

Ipsen estime que ses recherches peuvent servir de base à la détermination scientifique de l'âge d'un cadavre de fœtus ou de nouveau-né, c'est-à-dire du temps qui s'est écoulé depuis la mort.

Voici comment on procédera : on évaluera d'abord l'âge d'après la longueur du corps et les autres indices de développement ; on pèsera ensuite le corps.

On soustraira le chiffre trouvé du poids théorique correspondant à l'âge.

La différence constitue la perte *post mortem*. En divisant ce nombre par le chiffre de perte quotidienne de l'âge correspondant, on obtiendra le nombre de jours d'exposition à l'air, à supposer que les conditions extérieures ne s'éloignent pas trop de celles des expériences d'Ipsen. J. B.

**Ein Zeichen des Erschöpfungstodes durch mangelhefte Ernährung bei jungen Kindern, par C. SEYDEL** (*Viertelj. f. gericht Med. und œff. Sanitw.*, *VII*, *p. 226*, *avril 1894*).

Le diagnostic médico-légal de la mort par défaut de nourriture chez de jeunes enfants est chose assez délicate, d'une part parce que les signes indiqués n'ont rien de caractéristique, d'autre part parce que les personnes chargées de l'enfant, le voyant tout à coup décliner rapidement, le gorgent d'aliments pendant les dernières heures de la vie.

Seydel appelle l'attention sur un nouveau signe de la mort par inanition qu'il considère comme le plus constant et le plus caractéristique, c'est l'atrophie plus ou moins complète du thymus. J. B.

**Beiträge zur Lehre von der traumatischen Leukämie, par Wilhelm EBSTEIN** (*Deut. med. Woch.*, *n^os 29 et 30*, *1894*).

L'auteur étudie la leucémie d'origine traumatique surtout au point de vue des conséquences médico-légales. Dans 2 cas où il a été appelé à se prononcer comme expert, la leucémie s'est développée quelque temps après un traumatisme violent.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un conducteur de locomotive pris dans une rencontre de trains. Le malade n'avait pas reçu de choc physique, mais avait éprouvé une émotion très vive ; les premiers signes de leucémie ne furent constatés que 5 mois et demi après l'accident. Le malade succomba 3 ans après.

Dans le second cas, il s'agit d'une chute sur les pieds d'une hauteur de 2 m. 75 ; il n'y avait eu qu'entorse ou contusion, la leucémie se déclara quelques semaines après et emporta le malade 6 mois après l'accident. Dans ce cas, le point de départ de la leucémie a dû être l'ébranlement osseux.

H. DE BRINON.

**Ueber Fracturen mit Bezug auf das Unfallversichetungsgesetz (Des fractures au point de vue de la loi sur les assurances en cas d'accidents), par Fr. HÄNEL** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, *XXXVIII*, *2-3*, *p. 129*).

Travail intéressant, d'un genre un peu spécial, du domaine de l'assistance chirurgicale et de la médecine légale autant que de la pathologie externe proprement dite. On sait qu'il y a en Allemagne, depuis plusieurs années, une loi sur les accidents ; eh bien, grâce aux statistiques faites avec les documents émanant des administrations chargées de l'application de cette loi, l'auteur a démontré que les suites des fractures dites simples sont beaucoup plus sérieuses que ne le prétendent jusqu'ici les ouvrages classiques. Les observations hospitalières ne pouvaient rien fournir comme document à ce propos, et c'est ce qui explique cette lacune, habilement comblée désormais.

Pour 155 fractures du fémur (totalité des accidents de ce genre chez les ouvriers de la province de Saxe de 1885 à 1889), 3 blessés seulement

étaient guéris 13 semaines après l'accident ; il y a eu 4 morts, dont 3 dues aux fractures. Sur 140 de ces malades, on n'a compté que 43 guérisons définitives ; 97 personnes sont restées infirmes (incapacité plus ou moins complète de travail). Il était à prévoir que les résultats seraient d'autant plus mauvais que la fracture siégeait plus haut et c'est ce qui est en effet. Pour 148 fractures de jambe (même sorte de blessés, mais pendant l'année 1889 seulement), 52 guéris en 13 semaines. Sur 90, 59 ont guéri complètement ; il a fallu, en moyenne, 10 mois pour obtenir un bon résultat. Recherches analogues pour le bras et l'avant-bras avec des résultats un peu plus satisfaisants.

Ces faits prouvent nettement que l'on néglige trop le traitement des fractures, à l'hôpital en particulier, et qu'il faudrait souvent faire la réduction sous l'anesthésie. Mais Hänel montre, en outre, que les soins hospitaliers valent encore mieux, à ce point de vue, qu'un traitement au domicile même du malade ; ce qui se comprend assez. MARCEL BAUDOUIN.

**I. — Intoxication par l'oxyde de carbone; auto-observation, par MOTET** (*Annales d'hyg. publ., p. 258, mars 1894*).

**II. — Un cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par P. BROUARDEL, DESCOUTS et OGIER** (*Ibid., p. 376 et 459, avril 1894*).

I. — Motet étant à jeun monte dans une voiture chauffée par une briquette d'aggloméré. 3 minutes plus tard, il a la sensation de 2 coups portés sur les oreilles, suivie d'un tintement aigu et de projection de la tête contre la paroi. Il a encore l'instinct de baisser la glace et de mettre la tête à la portière. C'est là son dernier souvenir précis, il est pris de vertiges et de nausées; durant 2 jours, il a des besoins fréquents de miction avec urines abondantes et claires. La nuit suivante se passe dans un état intermédiaire à la veille et au sommeil avec idées obsédantes : chaque fois qu'il ouvre les yeux ou fait le moindre mouvement, il est repris de vertiges et de nausées. Le lendemain, au lit, il a des illusions visuelles vertigineuses avec tintements d'oreilles assourdissants. Les 2 jours suivants, il essaie encore vainement de se lever: dès qu'il veut faire un pas, ses jambes sont prises de mouvements désordonnés; il a une véritable astasie-abasie. Durant 8 jours les troubles de coordination persistent encore intenses, malgré la cessation du vertige. Après 15 jours seulement, il put descendre un escalier.

II. — En novembre 1887, une débitante de vin est condamnée aux travaux forcés à perpétuité pour avoir empoisonné son frère et son mari, bien que l'analyse des viscères n'eût relevé aucun toxique. La maison où avait eu lieu ce double empoisonnement était contiguë à un four à chaux. 24 heures après son arrestation la femme était encore plongée dans un état d'hébétude rappelant l'ivresse. 6 mois plus tard, on trouvait morte dans la même maison, la nouvelle locataire du débit; enfin peu après, ceux qui lui succédaient, homme et femme, étaient plus ou moins malades chaque fois qu'on allumait le four. Sur la réclamation de ces nouveaux locataires, le four fut condamné et dès lors on ne nota plus d'accidents. En 1893, Brouardel, Descoust et Ogier ont été chargés de donner rétrospectivement leur avis sur la cause des 3 décès et la nature des nombreux troubles morbides observés dans cette maison. Ils concluent : la maison où ont eu lieu les 3 décès est contiguë à un four à chaux et la disposition des lieux est telle que les gaz délétères émanés de ce four pouvaient se répandre dans la maison. Les différentes personnes qui ont successivement habité la maison ont éprouvé à plusieurs reprises des maladies ou accidents qui sont ceux qu'on observe dans l'asphyxie par

l'oxyde de carbone. Ces accidents, tantôt légers, tantôt très graves, ont eu lieu quand le four était allumé, ils ont complètement cessé depuis que le four est éteint. Le four fonctionnait les jours où se sont produits les 3 décès. L'aspect extérieur des cadavres des 2 hommes et les lésions trouvées à l'autopsie concordent entièrement avec l'hypothèse d'un empoisonnement par l'oxyde de carbone. J. B.

**Untersuchungen über die Bedingungen des Strychnin-Nachweises bei vorgeschrittener Fäulniss, par Carl IPSEN** (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und öffentl. Sanitsw.*, *3e série*, *VII*, *p. 1*, *janvier 1894*).

Réfutation des expériences faites par Ranke, avec le concours de L.-A. Buchner, Wiscilenus et Gorup-Besanez (*R. S. M.*, XIV, 273), tendant, contrairement à Orfila, Draggendorff, Cloetta, Rieckher, etc., à mettre en doute la possibilité de retrouver la strychnine dans les cadavres enterrés depuis un certain temps.

On peut déceler la strychnine dans des cadavres en proie depuis des années à la décomposition. Cette constatation est plus facile quand le corps est enterré dans un sol imperméable, tel que l'argile, ou dans un cercueil complétement étanche et résistant aux causes de destruction.

Les recherches infructueuses de cet alcaloïde dans plusieurs cas d'empoisonnements indubitables s'expliquent par le fait, établi expérimentalement, que, suivant les lois de diffusion, la strychnine sort peu à peu du corps avec les liquides cadavériques. Il n'est pas encore possible de fixer le temps nécessaire à la complète disparition du poison ; il est toutefois certain qu'il doit varier beaucoup suivant la diversité des circonstances tant extrinsèques qu'intrinsèques, en particulier, selon le lieu et le mode d'inhumation, les particularités du cadavre et la marche de la décomposition. Dans les exhumations pour empoisonnements, on devra choisir, pour être l'objet d'analyses chimiques, non seulement, comme c'est l'habitude, les organes cadavériques, mais, en première ligne, tout ce qui entoure le cadavre et ce qui est imbibé par les liquides de la putréfaction, savoir les vêtements et les matières accumulées dans le cercueil, autour du corps. J. B.

---

# PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**I. — Praktische Erwagungen über das Operiren..... (Considérations pratiques sur l'anesthésie chirurgicale), par O. WITZEL** (*Deutsche med. Woch.*, *nos 30 et 31*, *1894*).

**II. — Erfahrungen bei..... (2,000 anesthésies par l'éther), par Otto HEUSLER** (*Ibid.*, *n° 38*, *1894*).

**III. — Ueber einen Fall von Äthertod..... (Un cas de mort par l'éther par œdème pulmonaire; remarques sur les statistiques relatives à l'anesthésie), par POPPERT** (*Ibid.*, *n° 37*, *1894*).

**IV. — Ueber die Gefahr der Hirnblutung..... (Du danger de l'hémorragie cérébrale pendant l'anesthésie chez les vieillards), par Emil SENGER** (*Ibid.*, *n° 37*, *1894*).

**V. — Ueber die Beeinflussung der Nierenfunction durch die Chloroformnarkose, par Stiedrich R. von FRIEDLÄNDER** (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und öff. Sanitw.*, *3e série*, *VIII*, *Supplém.*, *1894*).

I. — Toutes les fois que, dans un but chirurgical, la question d'anesthésie se pose, elle ne doit être résolue qu'après avoir pesé mûrement les conditions particulières qui peuvent en aggraver le pronostic. Ces conditions sont : au point de vue de l'âge, la jeunesse ou la vieillesse du sujet ; au point de vue de la constitution, l'obésité, la pléthore et l'alcoolisme. La faiblesse, lorsqu'elle résulte soit d'hémorragies, soit de suppurations longtemps prolongées est compatible avec une anesthésie parfaite à condition que la dose d'anesthésique soit très petite. Il n'en est pas de même lorsque la faiblesse résulte d'hémorragies abondantes et brusques, d'un choc ou d'une grande frayeur.

Le diabète et la néphrite chronique comptent parmi les contre-indications les plus graves ; d'où la nécessité de l'examen complet des urines.

Les troubles respiratoires, qu'ils viennent des parties supérieures des voies aériennes, nez, larynx, ou de l'appareil broncho-pulmonaire, et les affections cardiaques nécessitent une grande surveillance ; toutefois, les lésions valvulaires, bien compensées, permettent d'obtenir l'anesthésie sans danger. L'acte opératoire peut aussi par certaines conditions aggraver le pronostic de l'anesthésie.

Ains l'hémorragie, si elle se produit brusquement, devient un danger surtout pour les enfants, les vieillards et les alcooliques. Les manipulations dans la cavité abdominale, les interventions sur les testicules et le cordon ou sur les gros troncs nerveux, sur le cou lorsque le nerf vague, le grand sympathique on le nerf laryngé supérieur se trouvent dans le champ opératoire peuvent provoquer des réflexes cardiaques et mettre en danger la vie de l'opéré.

Enfin, l'anesthésie elle-même peut être dirigée d'une manière défectueuse. Les deux conditions principales à rechercher sont : la pureté du chloroforme (le meilleur est le chloroforme d'Anschütz préparé au moyen du salicylidchloroforme) et le mode d'administration : il faut que l'anesthésique soit versé goutte par goutte à intervalles réguliers et sans interruption. Au début, une goutte par seconde, plus tard à intervalles plus longs une goutte toutes les trois ou quatre secondes. Celui qui administre le chloroforme doit, autant que possible, être formé par une expérience spéciale et pendant toute l'opération n'être occupé qu'à cette fonction.

II. — Le résultat de cette première série de 2,000 anesthésies par l'éther pratiquées à l'hôpital de Bonn est très favorable à ce nouvel anesthésique. On emploie à Bonn le masque de Julliard et la méthode dite de Genève.

L'anesthésie est généralement précédée d'une injection de morphine ;

la dose nécessaire pour permettre de commencer l'opération varie de 30 à 35 centimètres cubes et demande de 3 à 5 minutes.

Le principal danger réside dans la paralysie de la respiration, d'où la règle pratique d'éloigner le masque dès que la respiration devient superficielle ; trois cas de mort après l'opération ont été observés, l'auteur ne les rattache pas à l'anesthésie, cependant il est à noter que l'un de ces cas était nettement dû à l'œdème pulmonaire.

Le principal avantage de l'éther, pour Heusler, est de jamais exposer le chirurgie, à la mort par paralysie cardiaque.

III. — A propos d'un cas de mort par l'anesthésie à l'aide de l'éther observé à la clinique de Giessen, l'auteur fait remarquer que, dans les statistiques sur l'anesthésie, on ne tient aucun compte des cas de mort tardive et qu'il y a une cause d'erreur puisqu'on omet par le fait la plupart des morts par œdème pulmonaire qui semblent être le propre de l'anesthésie par l'éther. Ainsi la statistique de Gurlt donne les résultats suivants : anesthésie par l'éther, 11,669 cas avec 2 morts pendant et 8 après l'anesthésie, soit 1 pour 167.

Anesthésie par le chloroforme : 33,083 cas avec 16 morts pendant et 1 après, soit 1 pour 2,647.

L'anesthésie par l'éther présenterait donc une fois autant de danger que l'anesthésie par le chloroforme, si l'on tenait compte des cas de mort après l'anesthésie.

IV. — Le danger de la rupture des artères cérébrales sclérosées chez les personnes âgées n'a pas été signalé jusqu'ici. Cette omission paraît due surtout à ce que, dans les autopsies, on a généralement négligé l'examen de la cavité cérébrale.

Dans le cas observé par Senger, il s'agissait d'une femme de 56 ans. Les accidents qui se produisirent pendant l'anesthésie ressemblaient absolument à la paralysie cardiaque par le chloroforme ; mais immédiatement après l'anesthésie, on constata une hémiplégie du côté droit avec aphasie, qui ne pouvait laisser aucun doute sur son origine. H. DE BRINON.

V. — De l'examen des urines de 100 opérés, pratiqué avant et après chloroformisation, Friedländer conclut : les inhalations de chloroforme peuvent être suivies d'albuminurie et l'on trouve alors dans l'urine aussi bien l'albumine du sang que celle des cellules. La composition du sédiment urinaire prouve que la nucléo-albumine qui se présente alors dans l'urine provient au moins pour une part du tissu rénal lui-même. L'altération de la fonction des reins est en général passagère et se traduit uniquement par l'albuminurie. J. B.

**I. — Le nystagmus et la trépidation épileptique dans le cours de l'anesthésie par l'éther, par E. LENOBLE** (*Soc. de biologie, 8 décembre 1894*).

**II. — Étude de la température pendant l'éthérisation, par ANGELESCO** (*Ibidem*).

I. — Le nystagmus est un phénomène de début de la résolution musculaire. Il est transitoire. Les secousses sont latérales. On le rencontre dans plus de la moitié des cas. Le réflexe cornéen persiste. La trépidation épileptoïde appartient à la période chirurgicale de l'anesthésie : elle est limitée aux membres postérieurs et varie dans ses conditions ; les réflexes patellaires restent normaux. On la rencontre dans plus des 2/3 des cas.

Quand les deux signes s'associent le nystagmus précède. Ces phénomènes sont d'origine nerveuse dus à l'action excito-motrice de l'éther, agissant surtout sur la moelle inférieure.

II. — La température pendant l'éthérisation suit toujours la même courbe. Elle s'abaisse pendant tout le temps de l'anesthésie, surtout au début, pendant le premier (0°,7 à 1°) et le deuxième quart d'heure (0°,4 à 0°,5). Elle continue à s'abaisser pendant le sommeil profond qui suit l'anesthésie (0°,1 à 0°,3). La température commence à monter au moment du réveil et elle suit une courbe inverse à celle du début, c'est-à-dire qu'elle monte d'abord lentement et rapidement à la fin. Le refroidissement plus marqué par l'éther que par le chloroforme est dû en partie à la vaso-dilatation produite par cet agent, le chloroforme étant vaso-constricteur cutané.

DASTRE.

**The use of cocaine prevent respiratory disturbances during chloroformisation, par W. ROBERTSON** (*Brit. med. J., 5 janvier 1895*).

R. a constaté fréquemment que les badigeonnages de cocaïne employés avant l'anesthésie générale amenaient un sommeil plus calme et une absence notable d'écoulement sanguin, dans l'ablation des amygdales et des tumeurs adénoïdes. A. C.

**Die Narcosen im Baslerkinderspital, par E. WIELAND** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 18, p. 564 et n° 19, p. 596, 15 septembre et 1er octobre 1894*).

De 1869 à la fin de 1893, il a été pratiqué à l'hôpital des Enfants, de Bâle, 2,548 anesthésies chirurgicales dont 2,341 avec le chloroforme, 200 avec le bromure d'éthyle, 4 avec l'éther et 3 avec le pental. 22 chloroformisations ont été faites chez des enfants au-dessous de un mois; 173 chez des enfants au-dessous d'un an, 1,054 chez des enfants de 1 à 5 ans et les 1,092 autres chez des enfants âgés de 5 à 16 ans. Hagenbach n'a jamais eu d'accidents graves. Sauf chez les nourrissons ou les enfants très jeunes, les vomissements réflexes dus au chloroforme sont fréquents et peuvent empêcher l'alimentation pendant plusieurs jours. Dans le premier âge, d'autre part, une seule chloroformisation peut provoquer ou exacerber un catarrhe gastro-intestinal, grâce à la déglutition de l'anesthésique à l'état concentré; Wieland relate 3 décès dus à cette cause chez des enfants atteints de bec-de-lièvre. Ce sont là tous les inconvénients du chloroforme. En revanche son emploi réitéré ne nuit nullement aux enfants. Plus de 50 ont été chloroformisés 4 ou 5 fois; 15 (dont 1 de 2 mois), six fois; 7, sept fois; 9, huit fois; 3, neuf fois; 1, treize fois et 1 même vingt-deux fois.

Pour la petite chirurgie (pansements, ponctions d'abcès, injections d'iodoforme), Hagenbach se sert du bromure d'éthyle depuis 1890; il en emploie en moyenne 1 gramme par année d'âge. Depuis un peu plus de 2 ans, Hagenbach anesthésie les enfants non plus à l'aide de chloroforme pur, mais avec un mélange titré de chloroforme et d'air administré par l'appareil de Holländer pour le pental; il ne fait d'exception que pour les trachéotomies. Ce nouveau procédé d'anesthésie a réduit beaucoup la fréquence des vomissements et des catarrhes gastro-intestinaux consécutifs à la chloroformisation. J. B.

**I. — De la trachéotomie d'urgence dans les accidents graves de l'anesthésie, par Léon GERBAUX** (*Thèse de Lyon, décembre 1894*).

**II. — Idem, par A. PONCET** (*Lyon méd., 13 janvier 1895*).

I et II. — Dans le premier cas, femme de 31 ans, opérée de fissure anale, anesthésie par l'éther; dix minutes après la fin de l'opération, état de mort apparente. La malade avait été placée dans le lit, la tête relevée. Insuccès de tous les moyens habituels : électricité, traction de la langue, respiration artificielle. P. pratique alors la trachéotomie; la respiration artificielle et l'insufflation directe sur la canule ramènent la vie après *une heure et quart*. Dans la soirée cependant, la malade est prise d'accès de suffocation, de gêne respiratoire et elle meurt dans la nuit. P. suppose que la mort est due au choc traumatique prolongé.

Dans le second cas, fillette de 14 ans, opérée sous l'éther pour une synovite. Insuccès des moyens habituels; retour rapide de la respiration après la trachéotomie.

G. n'a pu trouver qu'un cas analogue dû à Howse (*Brit. med. j.*, 1878). Dans la discussion, *Rochet* relate une quatrième observation avec succès (éthérisation chez un homme de 70 ans pour épithélioma de la peau).

La trachéotomie agit dans ces cas d'une façon mécanique en diminuant la longueur de la colonne d'air à expirer, en diminuant l'effort expiratoire; elle agit aussi en stimulant, par action reflexe la circulation et la respiration. P. propose de l'appliquer à d'autres genres d'asphyxies : empoisonnement par vapeurs, etc., quand les moyens courants seront insuffisants,

Ollier a remédié plusieurs fois à des accidents syncopaux en lançant une forte injection d'eau froide dans les fosses nasales.

Pour empêcher l'action irritante du chloroforme sur les fosses nasales. j'ai souvent pratiqué un badigeonnage de cette muqueuse avec la solution de cocaïne, quelques minutes avant l'anesthésie. (N. d. R.) A. CARTAZ.

**Sur un nouveau cas de rappel à la vie par l'insufflation directe dans le traitement de l'asphyxie aiguë, par Paul THIÉRY** (*Gaz. des hôpitaux, 12 février 1895*).

Dans cette note, T. rappelle, à propos des travaux précédents, qu'il a publié en 1887 (*Gaz. méd. de Paris*), 2 cas de rappel à la vie chez des asphyxiés par l'insufflation directe par la canule trachéale.

Dans un cas, il s'agisait d'un opéré d'épithélioma du maxillaire qui, en voie de guérison, fut pris d'accidents d'asphyxie aiguë dus probablement à la rétraction progressive de la langue. Dans l'autre cas, l'asphyxie toxique se produisit par l'anesthésie chloroformique au cours d'une ovariotomie.

Le troisième cas publié aujourd'hui a trait à un malade opéré d'épithélioma des deux maxilliares avec prolongement naso-buccal. Asphyxie, au cours de l'anesthésie par pénétration du sang dans les bronches. Trachéotomie. Insufflation directe qui permet, au bout de quelques instants le rejet de caillots et la résurrection du malade qu'on croyait mort. A. CARTAZ.

**Chirurgie opératoire du système nerveux : tome Ier, Chirurgie cranio-cérébrale, par CHIPAULT** (*Grand in-8° 745 p. et 431 fig., Paris, 1894*).

Dans cet ouvrage, Chipault a tenté une étude d'ensemble de toutes les interventions s'attaquant directement au système nerveux lui-même. Ce premier volume est tout entier consacré au cerveau.

L'auteur s'occupe principalement de la médecine opératoire, et il nous

donne sur ce point le résultat de nombreuses recherches personnelles. Les techniques connues ont été contrôlées, et maintes fois modifiées par lui : un nouveau procédé proportionnel de craniotopographie, et qui paraît applicable à tous les crânes, est soigneusement décrit.

Plus de 400 dessins, faits par l'auteur lui-même, « et qui, par conséquent, indiquent exactement et uniquement ce qu'il veut dire, » facilitent l'exacte compréhension des descriptions.

Signalons également des recherches anatomotopographiques originales sur la mastoïde, le sinus latéral, la fosse pterygomaxillaire.

Un chapitre est consacré aux techniques applicables à la microcéphalie, à l'hydrocéphalie, à l'encéphalocèle.

Les grandes questions de thérapeutique craniocérébrale, sont traitées d'une manière plus succincte. Sans doute, l'auteur nous donne des indications bibliographiques, de longues statistiques, en particulier de tumeurs cérébrales opérées, d'interventions pour phlébites otitiques du sinus latéral, mais la question clinique reste volontairement écourtée.

Ce travail, avec une note souvent personnelle, groupe et condense les notions d'anatomie opératoire nécessaires à tout chirurgien qui veut entreprendre une intervention sur le cerveau : c'est une base sûre, facile à utiliser, et ajoutons-le, un guide indispensable à connaître. MAUBRAC.

**One case of a bullet-wound in the brain (Coup de feu du cerveau), par TRIPLETT** (*Med. News, p. 520, 10 novembre 1894*).

Un homme de 45 ans, est frappé par une balle de revolver qui pénètre à 2 pouces en arrière de l'oreille gauche, et perfore le cerveau, en se dirigeant en haut et en avant. Perte de connaissance durant plusieurs heures. Aussitôt après l'accident, la plaie est élargie, mais la recherche de la balle est infructueuse ; une sonde pénètre de 15 centimètres dans le cerveau ; le trajet de la balle est irrigué avec soin ; pansement. Deux heures après, nouvelle recherche encore infructueuse de la balle. Durant ces deux explorations, 60 grammes au moins de substance cérébrale, s'écoula au dehors. La plaie se recouvrit de granulations, et la guérison se fit lente, mais sans accidents. Le seul signe persistant fut un léger affaiblissement de l'ouïe et de la vision, affaiblissement qui, du reste, disparut progressivement.

L'état actuel est parfait : le patient conserve sa balle sans nul inconvénient.

MAUBRAC.

**Traumatischer Hirnabcess; Operation; Heilung, par KRÖNLEIN** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, 1er août 1894*).

Homme de 26 ans ayant reçu, il y a 5 ans, à la région temporo-frontale droite un coup de pioche ; cicatrisation de la plaie au bout d'une quinzaine. En août 1893, service militaire pendant lequel se forme au-dessous de la cicatrice un petit abcès qui fut insisé. Bientôt après, reparut une tumeur fluctuante à développement progressif, qui décida le malade à entrer en mars 1894 à la clinique. Opération le 24. Incision de la cicatrice et évacuation d'un petit abcès. Mise à découvert de l'os qui offre une perte de substance de 3 centimètres de long sur 2 de large, au niveau de laquelle se trouvent plusieurs séquestres mobiles, enveloppés de bourgeons charnus ; ablation de tous ces bourgeons et séquestres. Dure-mère intacte mais jaunâtre, non pulsatile mais tendue. Kroenlein, soupçonnant un abcès cortical, incise la dure-mère et met à jour un abcès enkysté, gros comme une cerise, qu'il vide et

gratte puis tamponne avec de la gaze iodoformée; suture. Guérison apyré tique sans aucun trouble cérébral. Deux mois se sont écoulés depuis cette opération et la cicatrice est solide et linéaire. J. B

**A case of cerebral clot; loss of vision following injury; trephining; recovery, par John HAMILTON** (*Journ. of the Amer. med. Ass.*, *22 décembre 1894*).

Une femme de 20 ans, à la suite d'un violent traumatisme cranien, perd la vue et l'ouïe du côté droit, sans paralysie motrice, ni perte de l'odorat ou du goût ; l'examen ophtalmoscopique ne révèle rien. L'étude des symptômes indique que la lésion doit siéger à droite dans la région du sillon de Rolando. H. pratique la résection temporaire, suivant la méthode de Wagner (Chipault) du crâne à ce niveau, incise la dure-mère derrière laquelle il découvre un caillot de forme ronde mesurant 3 centimètres environ de diamètre. Suture de la dure-mère, remise en place du fragment osseux réséqué. Au 2e jour, la malade est prise de convulsions avec perte de connaissance et contractions spasmodiques des muscles du membre supérieur droit. La plaie opératoire est alors ouverte à nouveau et l'on retire en arrière de la dure-mère de nombreux caillots la comprimant. Immédiatement après l'intervention, la malade voit et entend parfaitement ; la guérison s'est maintenue. CART.

**Deux observations de laminectomie pour mal de Pott, par M. JEANNEL** (*Archives prov. de chir.*, *p. 715*, *novembre 1894*).

Chez le premier malade atteint de mal dorsal avec des phénomènes évidents de compression médullaire progressive, ayant amené une paraplégie flasque avec rétention d'urine et due à des fongosités dure-mériennes, la résection vertébrale a porté sur les lames, les apophyses articulaires et transverses, les corps vertébraux, sur les côtes voisines. Il fallut ouvrir et drainer un abcès froid intra-thoracique après l'avoir cureté et lavé ; il fallut exciser, curetter, cautériser d'épaisses fongosités extra dure-mériennes. La dure-mère ne fut pas ouverte et la moelle ne fut pas examinée. Il y eut certainement succès opératoire ; la suppuration a été tarie, la plaie s'est rapidement et complètement cicatrisée, mais ce fut un insuccès thérapeutique absolu. Seules les douleurs intercostales ont disparu ; mais ni la paraplégie, ni la rétention d'urine n'ont été modifiées, et, en fin de compte, une méningite tuberculeuse, développée deux mois après l'intervention, a emporté l'opéré.

Chez le deuxième malade, qui présentait un mal de Pott lombaire avec abcès de la fosse iliaque, une paraplégie et névralgie sciatique double, on ouvrit largement le canal vertébral, enlevant des lames atteintes d'ostéite, réséquant un foyer carié à droite, découvrant, disséquant des fongosités entourant le cordon dure-mérien, explorant les corps vertébraux, cherchant, mais ne trouvant pas, l'origine vertébrale de l'abcès froid iliaque et ne mettant pas à nu les apophyses transverses qui étaient lésées, on était sûr d'avoir libéré la moelle de toute compression. Or, s'il y eut amélioration rapide, si les douleurs sciatiques ont diminué, sinon disparu, une complication inattendue, une infection streptococcique, aboutissant à l'explosion d'un ictère grave et à une forme rare de septicémie, vinrent ruiner les espérances du chirurgien et tuer le malade. F. VERCHÈRE.

**Three cases of laminectomy, par Claude DUNDORE** (*Med. news*, *p. 578*, *24 novembre 1894*).

1° Un homme de 22 ans fit une chute le 18 mars 1889 ; il entra à l'hôpital le 17 juin 1889.

Depuis son accident, il a maigri de 47 livres ; il est paralysé des extrémités inférieures qui sont anesthésiques ; rétention d'urine, et cystite. Un traitement tonique améliora cet état, et le 25 août, on trépane la 9e dorsale.

La moelle est comprimée, non lacérée ; les lames des 8e et 9e dorsales, qui compriment la moelle, sont réséquées. Guérison. En octobre seulement, reparurent quelques mouvements dans les jambes ; puis amélioration rapide. 6 mois plus tard, la marche était facile et sans effort.

2° Il s'agit ici d'un homme de 35 ans, atteint de fracture de la 10e dorsale, du 1/3 moyen du fémur droit, et de plusieurs côtes au côté droit, avec paralysie et anesthésie des membres inférieurs. 5 mois après, on trépane, la moelle est sectionnée : les segments sont à une distance d'un pouce l'un de l'autre. Guérison opératoire. Mort 1 mois après.

3° Homme de 25 ans, atteint de fracture de la 9e dorsale avec paraplégie totale des extrémités inférieures. Opéré 5 jours après l'accident ; la moelle est déchirée, presque désorganisée, hémorragie considérable. Le canal vertébral est irrigué, les méninges sont suturées, et on résèque les lames des 8e, 9e et 10e vertèbres. Réunion de la plaie opératoire, mais le patient succombe 15 jours après. MAUBRAC.

**Neurectomia r. mandibularis n. trigemini nach der retrobuccalen Methode, par KRÖNLEIN** (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte, 1er août 1894*).

Krönlein vient d'appliquer sur l'homme vivant le procédé rétrobuccal de résection du maxillaire inférieur qu'il a proposé il y a 2 ans (*R. S. M.*, XLII, 263). Il s'agit d'un homme de 79 ans ayant une violente névralgie faciale. L'opération s'est montrée d'une exécution facile et d'une complète efficacité. La réunion de la plaie s'est faite par première intention.

J. B.

**Sur les plaies simultanées de l'artère et de la veine fémorales, par MAHÉ** (*Thèse de Paris, 1894*).

Longtemps on est resté indécis sur le choix du traitement à appliquer en pareille circonstance. La peur de la gangrène paralysait les meilleures volontés. La gangrène en effet était fréquente. Mais tout porte à croire qu'il s'agissait, au moins pour une large part, d'infection primitive au moment de la plaie, ou secondaire lors des pansements. Aujourd'hui une seule méthode est admise, c'est la recherche des quatre bouts vasculaires et leur ligature au fond de la plaie. La circulation artérielle se rétablit par voie postérieure, au moyen des rameaux fournis par l'hypogastrique ; la circulation veineuse emprunte la voie des plexus signalés dans la thèse d'agrégation de Verneuil. Le pronostic s'est donc bien amélioré depuis qu'on sait être propre. Si le sujet est jeune, si la plaie ne comporte ni large contusion, ni écrasement, le chirurgien se doit d'obtenir un succès, à quelque débridement qu'il soit conduit dans la recherche des bouts vasculaires. ARROU.

**Zur Casuistik der Verletzung des Ductus thoracicus (Lésions traumatiques du canal thoracique), par WIESCHER** (*Deutsche Zeitschrift für Chir., XXXVIII, 4 et 5, p. 487*).

A propos d'un cas de lésion chirurgicale du canal thoracique, Wiescher a fait l'étude complète des traumatismes de ce conduit. Mais résu-

mons d'abord l'histoire du malade observé à la clinique de Schönborn.

Une jeune fillette de 14 ans, subit en juin 1893 une opération sur le cou au cours de laquelle on lui enlève des ganglions tuberculeux. En poursuivant la dissection du côté du thorax, on trouve un abcès dans la région sus-claviculaire gauche et on essaie de le disséquer. A ce moment, un liquide clair s'épanche dans la plaie : on avait ouvert le canal thoracique. On en fut quitte pour lier les deux bouts. Malgré cette double ligature, il se forma une fistule lymphatique, qui ne guérit qu'au bout d'un mois, après de nombreuses péripéties (gêne respiratoire, cyanose, arythmie, bronchite grave, etc.). Comme symptôme spécial à l'existence de cet écoulement abondant de chyme, on a noté une soif intense et une diminution assez notable dans la quantité des urines émises.

Les faits cliniques de ce genre sont rares. On cite ceux de Quincke (chylo-thorax d'origine douteuse) ; de Kirchner (chylo-thorax dû à un traumatisme de la partie antérieure de la poitrine) ; de Wilms, assez analogue à celui de Wiescher, puisqu'il s'agit aussi d'une lésion traumatique du canal thoracique. Dans ce cas, au lieu de lier les deux bouts du conduit, on se borna à tamponner la plaie et il n'y eut pas de fistule lymphatique. Si le fait de M. Wiescher montre qu'on peut impunément lier le canal thoracique et arrêter le cours de la lymphe, celui de M. Wilms, par contre, semble prouver que cette précaution est plutôt nuisible qu'utile. Il faut rapprocher de ces observations les expériences faites depuis longtemps sur la ligature du conduit au niveau du cou. Avant la période antiseptique, elles ne réussirent ou ne donnèrent que des résultats douteux : ce qui se comprend assez. Mais, reprises ces temps derniers, elles ont prouvé que, chez les animaux comme chez l'homme, on pouvait lier impunément le canal thoracique. MARCEL BAUDOUIN.

**Was wir von der chirurgischen..... (Les résultats du traitement chirurgical dans la maladie de Basedow), par F. LEMKE** (*Deutsche med. Woch., n° 42, p. 309, 1894*).

L'auteur a pratiqué 8 fois l'ablation de goitre dans la maladie de Basedow. Toutes ses opérées ont guéri et sont encore vivantes, à l'exception d'une seule emportée par l'influenza 2 mois après l'opération ; elles sont actuellement en parfaite santé, débarrassées de leur exophtalmie, de leur tremblement, des phénomènes cardiaques (palpitations, tachycardie, dyspnée). Lemke considère l'opération, avec les modifications que lui a suggérées son expérience, comme facile et sans danger.

H. DE BRINON.

**I. — Ueber physiologische Function einer im Sternum zur Entwicklung gekommenen krebsigen Metastase, par von EISELSBERG** (*Berlin. klin. Woch., n° 29, p. 679, 16 juillet 1894, et Arch. f. klin. Chir., XLVIII, 3*).

**II. — Zur Kenntniss der Knochenmetastasen bei Schildrüsentumoren, par MIDDELDORPF** (*Ibid.*).

**III. — Metastasen bei scheinbar gutartigen Kropf, par MARCHAND** (*Berlin. klin. Woch., n° 35, p. 812, 27 août 1894*).

**IV. — Fall von Myxœdem nach Strumectomie, par SONNENBURG** (*Ibid.*).

I. — D'après von Eiselsberg, une métastase thyroïdienne peut suppléer un corps thyroïde manquant. Voici une observation à l'appui. Femme à laquelle

en 1886 on fait une thyroïdectomie totale pour goitre ayant aplati la trachée en fourreau de sabre. Guérison parfaite quatre semaines après l'opération. Dans les mois suivants, apparition de symptômes de la cachexie strumiprive qui rétrocédèrent 2 ans plus tard, lorsque commença à se développer une tumeur dure au niveau du sternum. En 1891, l'intensité des douleurs contraignit à enlever cette tumeur formée par un adénome cylindrique parsemé de gouttelettes colloïdes, qui avait envahi la totalité du manubrium. Le 9e jour après l'opération, convulsions tétaniques universelles qui se reproduisent durant 2 mois, disparaissant ensuite graduellement pour faire place au retour de la cachexie strumiprive dont il ne restait plus trace. Toutefois cette cachexie persista nonobstant l'apparition d'une nouvelle tumeur dans l'omoplate.

II. — Chez une femme de 56 ans, Middeldorpf a observé des fractures spontanées multiples dues à des métastases d'une tumeur thyroïdienne. A la tête se trouvait une tumeur du volume d'une tête d'homme et dans le poumon des foyers ayant les dimensions de pois. La tumeur du corps thyroïde s'était ouverte dans une veine.

III. — Chez cette femme, la tumeur thyroïdienne, d'apparence bénigne, n'avait pas encore atteint les dimensions d'un œuf de poule; cependant les métastases occupaient les deux humérus, les deux fémurs, plusieurs vertèbres lombaires et leur voisinage, tous les os du bassin et l'occiput; cette dernière tumeur offrait la structure du goitre gélatiniforme.

IV. — Chez une femme à laquelle Sonnenburg n'avait fait qu'une thyroïdectomie partielle, apparut néanmoins un myxœdème rapidement guéri par l'alimentation avec des thyroïdes d'animal.

Dans la discussion, Tillmanns conseille la prudence dans l'administration interne de corps thyroïdes, des doses un peu considérables donnant lieu facilement à des phénomènes d'intoxication. Il emploie de préférence le thyroïde de mouton à celui de veau qui est très souvent tuberculeux.

Dans un cas de goitre plongeant, où il était impossible, à cause du retrécissement, de laisser une partie du corps thyroïde *in situ*, Woelfler a amené ce fragment entre le sterno-mastoïdien et le larynx. J. B.

**I. — Thymus persistens bei Struma hyperplastica, par Th. GLUCK** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 29, p. 670, 16 juillet 1894*).

**II. — Myxœdème consécutif à une thyroïdectomie partielle; guérison par ingestion de corps thyroïdes, par ZELLER et SONNENBURG** (*Ibidem*, *n° 40, p. 922, 1er octobre 1894*).

I. — Dans ces dernières années, Gluck a pratiqué 21 strumectomies totales ou partielles ; 18 fois la guérison a été définitive ; 2 malades atteintes de goitre malin, ont succombé à une récidive au bout de 3 et de 5 mois. Chez une femme à laquelle il avait enlevé le lobe droit, l'isthme et la majeure partie du lobe gauche du corps thyroïde, une grossesse ultérieure donna lieu à un nouveau goitre combattu avec succès par des injections iodées. Une femme a subi la thyroïdectomie totale à l'âge de 86 ans : aujourd'hui elle est âgée de 92 ans et jouit encore d'une santé parfaite. Chez une malade ayant un goitre plongeant, pour arrêter une hémorragie veineuse, Gluck dut tamponner le médiastin antérieur avec un tampon de substance résorbable. Quoique beaucoup plus volumineux que le goitre (petite noix), le tampon s'est enkysté sans accident depuis 4 ans. Chez une jeune fille de 14 ans, après avoir enlevé le lobe droit, l'isthme et une grande partie du lobe gauche, il fallut encore pratiquer la trachéotomie et la canule ne put être retirée qu'au bout de plusieurs semaines. Chez une autre malade, du même âge, traitée depuis 4 mois par les injections iodées, la 14e injection provoqua un iodisme aigü : douleurs, amblyopie, sopor avec dyspnée au réveil. Trachéotomie suivie d'ablation du lobe droit seul

tuméfié. La canule ne put être enlevée définitivement qu'au bout de quelques mois.

Une jeune fille de 18 ans avait depuis plusieurs années un goitre donnant lieu à des accès de suffocation inquiétants. Dilatation des pupilles ; légère cyanose ; battements cardiaques normaux ; sifflement inspiratoire. Développement graduel du corps thyroïde, effacement du creux jugulaire, matité rétrosternale. Opération durant 2 heures 1/4, mais sans aucun incident ; hémorragie peu considérable ; ligature des 2 artères thyroïdiennes inférieures. L'isthme plongeait profondément dans le médiastin et au lobe gauche se trouvait appendu un corps thyroïde accessoire, sous-sternal. Malgré sa ferme intention, Gluck dut faire la thyroïdectomie totale. Simple tamponnement de la plaie avec la gaze iodoformée. 5 minutes après que l'opérée eut été reportée dans son lit, elle fut prise d'œdème pulmonaire aigu, auquel elle succombait, malgré tout, 6 heures plus tard, le pouls restant bon jusqu'à la fin. A l'autopsie, nerfs récurrents intacts ; trachée en fourreau de sabre jusqu'au 4e anneau ; parties latérales des 1ers anneaux ramollis et cédant sous le doigt ; au-dessous de la déformation en fourreau de sabre, la trachée était aplatie d'avant en arrière ; ventricule droit distendu par des caillots ; poumons congestionnés et œdématiés ; bronches et trachée pleines d'un liquide sanguinolent mousseux. Pas trace de corps thyroïde. Dans le médiastin, thymus bilobé, du poids de 55 grammes, recouvrant en partie le péricarde, les origines de l'aorte et de l'artère pulmonaire et descendant très bas ; ce thymus était congestionné, mais normal sous le microscope.

Chez les 3 dernières malades, Gluck croit pouvoir attribuer les accidents de suffocation à la persistance du thymus. Ce serait là un nouveau mécanisme de mort dans le goitre.

II. — Femme atteinte de goitre pour lequel on lui fit une thyroïdectomie partielle ; elle fut néanmoins prise de myxœdème aigu qui fut combattu fructueusement par l'alimentation avec des thyroïdes de mouton et de veau ; ce traitement fit en même temps disparaître brusquement la suppuration qui était profuse. J. B.

**Ueder die « Kropfkapsel » (De la capsule du goitre), par H. von BURCKHARDT** (*Centralbl. f. Chir.*, n° *29*, *1894*).

Par capsule du goitre on entend le tissu cellulaire qui entoure le corps thyroïde hypertrophié ou dégénéré. Burckhardt pense que cette notion est incomplète, qu'elle ne correspond pas à la réalité anatomique et qu'elle a été la source de confusion dans les discussions qui se sont élevées sur la valeur et les analogies des différents procédés de thyroïdectomie. De par l'anatomie il faudrait distinguer une capsule externe, qui est la capsule des classiques, et une capsule interne, capsule propre de la glande, qui fait partie intégrante avec elle et qui est constituée non seulement par des fibres conjonctives et élastiques, mais aussi surtout par un lacis vasculaire extrêmement développé. Cette capsule propre, véritable méninge vasculaire, joue à l'égard du corps thyroïde le même rôle que la pie-mère à l'égard du cerveau. Elle fournit au parenchyme thyroïdien les petits rameaux artériels en grand nombre, et reçoit les nombreuses veinules qui en sortent. Quand il se développe un goitre, cette capsule propre de la thyroïde devient la véritable capsule du goitre ; tous ses éléments prennent part à l'hypertrophie, et ce sont ses vaisseaux propres, multipliés et augmentés de volume, qu'il importe de ne pas sectionner dans les thyroïdectomies, pour éviter les hémorragies. REBLAUB.

**Ueber die Erfolge der operativen Behandlung des Morbus Basedowii durch partielle Strumaexstirpation, par KRÖNLEIN** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, 1er août 1894*).

Depuis 6 ans, Krönlein a pratiqué 8 fois la thyroïdectomie partielle pour des goitres exophtalmiques. L'amélioration obtenue a été remarquable chez tous les malades et elle s'est montrée durable, car le premier a été opéré il y a 6 ans, les 3 suivants il y a 4 ans, 2 autres il y a 2 ans ; il s'agissait de 7 femmes et d'un homme. Les symptômes sur lesquels l'opération a eu le plus d'effet sont en première ligne la tachycardie, en second lieu le tremblement, ensuite l'émotivité et l'insomnie, sans parler bien entendu du goitre. En revanche, la thyroïdectomie a eu moins d'action sur les signes de Graefe et de Stellwag.

Krönlein préfère la thyroïdectomie à la ligature des artères thyroïdiennes, comme plus efficace et ayant, en outre, l'avantage de faire cesser la compression de la trachée. J. B.

**A brief review of the thyreoid theory in Grave's disease. Report of two cases treated bei thyroidectomy, par J.-A. BOOTH** (*Journal of nervous and mental diseases, p. 486, août 1894*).

L'auteur rapporte deux nouveaux cas de guérison ou tout au moins d'amélioration considérable de la maladie de Basedow sous l'influence d'une thyroïdectomie partielle (photographies). Il insiste sur ce fait que cette maladie étant due très probablement plutôt à une augmentation de la fonction sécrétoire qu'à une augmentation du volume de la glande, la thyroïdectomie peut donner des résultats favorables même dans les cas de maladie de Basedow où le corps thyroïde n'est pas sensiblement hypertrophié. PIERRE MARIE.

**Notes on two additionnal cases of thyroidectomy for Grave's disease, par J.-J. PUTNAM** (*Journal of nervous and mental diseases, p. 359, juin 1894*).

Dans le premier cas, la thyroïdectomie a amené la mort une semaine après l'opération. Dans le second cas, l'opération avait déterminé une amélioration notable, mais une rechute avait eu lieu deux ans environ après la thyroïdectomie.

Putnam pense que dans certains cas les accidents qui accompagnent la thyroïdectomie peuvent tenir à ce que pendant les manœuvres opératoires une certaine quantité de suc thyroïdien se trouve lancée dans la circulation. PIERRE MARIE.

**Eine Cyste des Ductus thyreo-glossus, per HÄCKEL** (*Archiv für klin. Chir., XLVIII, 3*).

Hæckel a observé, chez une jeune fille de 18 ans, une tumeur kystique de la région médiane du cou dans le voisinage de l'os hyoïde. Cette tumeur fut incisée par un médecin, ce qui donna lieu à une fistule. Quand Hæckel pratiqua l'extirpation du kyste, ce dernier, très adhérent et presque confondu avec les muscles génis-hyoïdiens, se montra composé de deux cavités : l'une, en rapport avec la fistule, était une bourse séreuse dilatée ; l'autre, remplie de mucus vitreux, avait une paroi tapissée par un épithélium vibratile.

Ce kyste doit être interprété comme un kyste du conduit thyro-glosse de His. REBLAUB.

**Ueber die Extirpation des Knopfknickers beim muscolosum Schiefhalse (Extirpation du sterno-mastoïdien dans le torticolis), par MIKULICZ** (*Centralbl. f. Chir.*, *n° 1, 1895*).

Pour éviter les récidives fréquentes après la ténotomie, M. pratique l'extirpation totale du muscle qui, dans les cas invétérés, n'est plus qu'un tissu fibreux, ne réagissant plus à l'excitation électrique. S'il reste un faisceau intact, il fait une ablation partielle. Incision de 3 à 4 centimètres, longitudinale entre le chef sternal et le chef claviculaire du muscle, décollement avec le doigt ou une spatule en évitant la jugulaire ; détachement des insertions sternales et claviculaires. Prenant alors ces bouts avec une forte pince, on attire le muscle et en imprimant une inclinaison de la tête, on arrive peu à peu à faire l'ablation complète, en évitant avec soin le nerf spinal.

M. a pratiqué cette opération 17 fois, 8 fois partielle, 9 fois totale. Aucune suite fâcheuse ; suture sans drainage, légère compression, massage ultérieur. L'examen des muscles montre que leur dégénérescence ne permet pas le retour à l'état premier et qu'une simple section expose à des récidives incessantes. A. C.

**Vorstellung eines Falles von operativ geheiltem Magengeschwür, par E. KUESTER** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 31, p. 723, 30 juillet 1894*).

Jeune fille de 21 ans ayant depuis longues années des troubles gastriques variés dont l'origine fut rapportée, il y a 2 ans, à une dilatation considérable de l'estomac. Un rein flottant du côté droit, découvert en même temps, fut suturé. Cette année débutèrent des gastrorragies qui ne tardèrent pas à prendre un caractère inquiétant. Küster fit la laparotomie, trouva la petite courbure de l'estomac très raccourcie, tandis que la grande avait subi un allongement énorme. Ayant incisé l'estomac, il découvrit, sur la paroi postérieure, un vaste ulcère à bords surplombants, au fond duquel était inscrusté un noyau de cerise. Après avoir cautérisé le fond de l'ulcère avec le Paquelin, ne trouvant pas l'orifice du pylore, il fit une gastro-entérostomie dans le jéjunum. Guérison. J. B.

**Cancer du pylore inopérable ; gastroentérostomie ; guérison, par G. HOUZEL** (*Arch. prov. de chir.*, *p. 707, novembre 1894*).

Homme de 54 ans atteint de cancer avec sténose du pylore. Laparotomie. La tumeur est sortie avec difficulté, elle était plus grosse que le poing, empiétant sur la grande et la petite courbure ; aussi on se décide à la gastro-entérostomie. Le jéjunum est amené au dehors, puis passé par une boutonnière du méso-côlon effondré avec les doigts et fixé parallèlement à la face antéro-inférieure de l'estomac. Fixation par un premier plan séro-séreux, puis par un second ; incision du jéjunum et de l'estomac ; dans celui-ci, le doigt reconnaît un épithélioma friable et végétant obturant le pylore. Suture muqueuse-séro-muqueuse et deux nouveaux plans parallèles séro-séreux ; l'estomac et le duodénum sont rentrés dans le ventre et la paroi suturée. Le malade guérit sans incident. F. VERCHÈRE.

**Trois nouvelles observations de gastro-entéro-anastomose pour cancer du pylore, par Edmond BLANC** (*Loire méd.*, *15 février 1895*).

1° Femme de 65 ans. Vomissements continus. Anastomose gastro-jéjunale antérieure. Amélioration momentanée. Mort 3 mois après l'opération;

2° Homme de 36 ans. Vomissements incessants. Etat cachectique. Même opération. Disparition des troubles fonctionnels, mais le malade continue à s'affaiblir. Mort 4 mois après l'intervention.

3° Femme de 60 ans. Mêmes symptômes et même opération. Hématémèse foudroyante le 3e jour. OZENNE.

**De la pylorectomie, par CHAPUT** (*Flandre méd.*, *p. 241*, *2 août 1894*).

On ne doit faire la pylorectomie que pour une tumeur petite, mobile, sans ganglions profonds. La suture gastroduodénale, après résection pylorique est une mauvaise pratique : avec deux rangées de sutures elle expose à la perforation, avec trois rangées, elle occasionne un rétrécissement dangereux. Il est préférable de fermer en cul-de-sac l'estomac et le duodénum et d'établir ensuite une gastroentérostomie.

La mortalité de la pylorectomie pour cancer est de 58 0/0 (29 cas de Billroth), 41 0/0 (12 cas de Czerny), 67 0/0 (161 cas de Dreydorff). La pylorectomie pour sténose cicatricielle présente une mortalité de 50 0/0 (12 cas de Billroth et Czerny).

On préférera la gastroentérostomie dans les sténoses cicatricielles. Cette opération est beaucoup plus bénigne et plus rationnelle.

L'avenir de la pylorectomie pour cancer est dans les opérations précoces. Le diagnostic précoce de cancer est impossible: mais on a le devoir de faire la laparotomie exploratrice dans les dilatations gastriques graves, rebelles, s'accompagnant d'amaigrissement progressif. Quelle que soit la lésion, on pourra presque toujours y porter remède soit par la gastroentérostomie, même en cas de dilatation simple. MAUBRAC.

**Ueber die Resection der Cardia, par William LEVY** (*Centralbl. für Chir.*, *n° 31*, *1894*).

La possibilité de la résection du cardia est subordonnée à la solution des deux questions suivantes: 1° Peut-on, sans inconvénients pour les viscères abdominaux, sectionner les fibres des pneumogastriques qui longent l'œsophage pour pénétrer dans la cavité abdominale? 2° Est-il possible d'isoler le cardia sur une étendue suffisante, pour qu'on puisse l'exciser et réunir la surface de section de l'œsophage à celle de l'estomac. La première de ces questions peut être résolue par l'affirmative depuis les récentes expériences de Krehl. Quant à la seconde, William Lévy l'a résolue de même par des expériences faites sur des cadavres humains et des chiens vivants. Voici le procédé opératoire auquel il a été conduit par ces recherches :

Premier temps : Incision de la paroi abdominale à angle droit. Une branche verticale va de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, l'autre, horizontale, intéresse toute la largeur du muscle droit de l'abdomen.

Deuxième temps : Isolement du cardia : L'estomac, mis à nu, est attiré en bas et à gauche, pour rendre accessible la petite courbure et l'épiploon gastro-hépatique. Ce dernier est incisé dans sa moitié gauche, et l'on

sectionne l'artère et la veine coronaires stomachiques le plus près possible de leur origine. Cette section rend le cardia déjà beaucoup plus mobile; on active la libération, en sectionnant sur le doigt les feuillets qui vont du bord gauche de l'estomac à la paroi postérieure de l'abdomen.

Troisième temps : Isolement de l'extrémité inférieure de l'œsophage. On incise circulairement la séreuse sur le cardia; on met à nu la demi-circonférence antérieure de l'orifice œsophagien du diaphragme, et l'on tire sur le cardia. On isole avec les doigts l'extrémité inférieure de l'œsophage, en prenant soin de ne pas ouvrir les cavités pleurales dont on confond aisément les culs-de-sac avec le tissu cellulaire péri-œsophagien.

Quatrième temps : Résection du cardia et réunion des surfaces de sections de l'œsophage et de l'estomac. L'auteur recommande de faire des sections successives et de réunir au fur et à mesure, si on néglige cette précaution, et si on fait la section complète d'emblée, l'extrémité œsophagienne se rétracte dans l'orifice diaphragmatique et ne peut plus être saisie. Il conseille aussi de ne pas faire les sutures parallèlement à l'axe longitudinal de l'œsophage, mais obliquement. REBLAUB.

**Ueber die totale Darmausschaltung..... (De l'isolement total d'un segment intestinal et de l'emploi de plaques de chou-rave dans l'iléo-colostomie), par Roman von BARACZ** (*Centr. f. Chir.*, *n° 27*, *1894*).

Les recherches expérimentales, poursuivies depuis plusieurs années, ont montré la possibilité d'isoler, par deux sections, un fragment de circuit intestinal, d'en déterminer l'occlusion par la suture de ses deux extrémités et de l'abandonner dans le ventre, tandis que le circuit intestinal est rétabli en dehors de lui par une entérorrhaphie circulaire. C'est à Salzer que revient le mérite d'avoir établi ce fait par des expériences pratiquées sur des chiens. Mais des objections théoriques ont jusqu'à présent empêché les chirurgiens d'en faire l'application à la pratique. Roman von Baracz rapporte une observation, dans laquelle il a eu recours à ce procédé avec un succès complet.

Il s'agit d'un jeune tailleur de 19 ans, qui, sujet depuis plusieurs années à des poussées de péritonite localisée à la fosse iliaque droite, entra à l'hôpital porteur, dans cette région, d'une tuméfaction qui fut prise pour une tumeur maligne du cœcum. La laparotomie fut pratiquée dans le but, si possible, de réséquer complètement l'intestin avec la tumeur. Mais l'opérateur tomba sur des adhérences telles du cœcum et du côlon ascendant, qu'il dut, au cours de l'opération, modifier le plan primitivement fixé. L'intestin avait été sectionné sur la partie terminale de l'iléon et vers le tiers supérieur du côlon ascendant. Les deux extrémités du segment intestinal, compris entre ces deux sections, furent suturées avec soin et abandonnées dans le ventre. De même les extrémités sectionnées de l'iléon d'une part, du côlon d'autre part furent suturées de même, et on termina l'opération par une anastomose latérale entre l'iléon et le côlon, en utilisant le procédé de Senn, avec cette différence que l'auteur remplaça les plaques d'os décalcifié par des plaques de chou-rave, préparées à l'avance et qu'il a déjà recommandées dans des travaux antérieurs. Après une réaction péritonéale assez intense, qui dura 4 jours, l'opéré marcha progressivement vers la guérison, et, quand au bout de quelques semaines, il quitta l'hôpital, la tuméfaction de la fosse iliaque droite, ainsi que tous les

symptômes, avait complétement disparu. Comme depuis 10 mois ce malade a joui d'une santé parfaite et n'éprouve à l'heure actuelle aucun symptôme anormal, l'auteur conclut qu'il a dû faire une erreur de diagnostic et que la prétendue tumeur maligne n'était qu'une tumeur inflammatoire, qui, par le fait de la dérivation du cours des matières, a été soustraite aux irritations de leur passage et a subi une régression totale. REBLAUB.

**De la résection à froid de l'appendice vermiculaire dans les appendicites chroniques à rechutes, par A. PONCET** (*Gaz. hebd. de méd. Paris, 22 décembre 1894*).

Poncet relate 6 observations d'appendicite chronique à rechutes, traitée par la résection à froid de l'appendice vermiculaire et suivie de guérison. Dans 5 cas il s'agissait de sujets au-dessous de 20 ans et une fois d'un homme de 45 ans. Chez deux de ces sujets, l'appendicite, sans corps étranger, était caractérisée par une inflammation interstitielle des parois de l'appendice qui était libre dans l'excavation pelvienne ; on ne sentait pas de tuméfaction.

Au contraire, chez les quatre autres malades il existait une masse indurée, formée par des fausses membranes et des adhérences épiploïques. Deux fois il y avait perforation appendiculaire.

Le mécanisme des rechutes, qu'il y ait ou non corps étranger, peut s'expliquer par des poussées inflammatoires dans un foyer infectieux mal éteint.

Dans ces appendicites à rechutes, qui exposent constamment à de graves accidents, la laparotomie est indiquée, entre deux crises si possible, et la résection de l'appendice est l'opération de choix, sans qu'elle soit une condition *sine qua non* de guérison. Dans certains cas on ne fera que l'incision suivie de drainage. OZENNE.

**Further observations upon the etiology, diagnosis and treatment of acute and chronic appendicitis, par J. DEAVER** (*Med. News, p. 591, 1er décembre 1894*).

Deaver donne un tableau de 61 cas d'appendicite chronique, opérés par lui. Il n'y a eu qu'un seul décès, survenu chez une femme de 22 ans, qui avait eu déjà 4 poussées d'appendicite : des adhérences très résistantes entouraient l'appendice, la patiente mourut de péritonite.

Le moment le plus favorable est d'opérer dès la première attaque ; on élimine ainsi la possibilité de la perforation, de la gangrène dans l'appendice, de la formation d'un abcès et de la péritonite généralisée.

MAUBRAC.

**On enterorhaphy by invagination, par Stanley BOYD** (*Medico chir. Trans., LXXVI, p. 345*).

L'auteur publie une observation suivie de guérison, de résection de l'intestin et d'entérorrhaphie secondaire, faite d'après le procédé de Maunsell. Voici en quoi il consiste :

1° On applique au-dessus et au-dessous de l'anse à réséquer, des épingles anglaises dont la portion courbe est recouverte par des éponges de façon à exercer une pression suffisante sur l'intestin. Les épingles sont passées à travers le mésentère et elles maintiennent l'intestin ;

2° On résèque l'anse intestinale, et une fois le sang arrêté, les deux

bords de l'intestin sont rapprochés par deux longues sutures en crin de cheval passées à travers les bords libres et le mésentère, et liées dans l'intérieur de l'intestin. Les deux sutures se terminent à la muqueuse; la première est introduite de manière à fermer étroitement le triangle mésentérique et à rapprocher les faces externes de l'intestin recouvertes par le péritoine ;

3° Sur le bord libre d'un des bouts de l'intestin, à un pouce de la surface de section, on fait une incision longitudinale de l'intestin d'un pouce et demi de longueur par laquelle on fait sortir les extrémités des deux sections, faites préalablement. En tirant sur les fils, on invagine le bout inférieur dans le bout supérieur, ce qui met en contact les surfaces séreuses des deux portions de l'intestin. Un aide exerce sur les fils une traction légère, de façon à maintenir béante la lumière de l'invagination ;

4° De fines aiguilles armées de crin de Florence sont passées à travers toute l'épaisseur des quatre couches de la paroi intestinale, à un quart de pouce environ de la surface de section ;

5° Après que l'on a passé ces fils, on tire avec une pince les crins qui traversent la lumière de l'intestin, et on les coupe ; leurs moitiés ainsi divisées sont liées aussi rapidement que possible autour du cercle des bords coupés, les nœuds étant situés en dedans de l'intestin. Cela fait, on réduit l'invagination, et on n'a plus qu'à suturer l'incision longitudinale par une suture continue intéressant seulement la tunique séreuse et respectant la muqueuse. H. R.

**Perforating typhoid ulcer, peritonitis; operation; recovery, par R. ABBE** (*Med. News, 5 janvier 1895*).

Une femme de 31 ans, malade de typhoïde depuis trois semaines, présente les symptômes classiques de la perforation intestinale. Après une attente de deux jours, A. se décide à pratiquer la laparotomie : le petit bassin est rempli d'une extravasation intestinale fétide et purulente ; abondante injection chaude d'une solution de sublimé à 1/20,000e ; dans la région inférieure de l'iléon, on trouve une plaque de Peyer ulcérée et l'on voit sourdre au travers de la perforation qui mesure 5 millimètres environ de diamètre le contenu de l'intestin ; la perforation est suturée à la soie (points interrompus). Pansement usuel. Les suites opératoires furent excellentes et la convalescence rapide. CART.

**Fibro-sarcome de la valvule iléo-cœcale....., par LAVISÉ** (*Ann. Soc. belge chir., 15 octobre 1894*).

Femme de 56 ans, portant une hernie ombilicale et une hernie inguinale bien contenues, présente, depuis une année, des douleurs sous-ombilicales, de fréquents vomissements, de la diarrhée et un amaigrissement très notable. Au-dessous de l'ombilic on perçoit une tumeur arrondie, mobile, douloureuse et du volume du poing; cette tumeur avait été sentie primitivement, plus haut et plus en dehors, dans l'hypochondre droit.

La laparotomie médiane est pratiquée ; on trouve une tumeur mobile, incluse dans le côlon transverse. Cet intestin incisé laisse voir un cylindre, dirigé de gauche à droite, recouvert d'une muqueuse et surmonté d'une tumeur du volume du poing, dure, bosselée, à surface papilleuse, non saignante. Au centre se trouve un orifice arrondi où le doigt pénètre sans difficulté.

Ce néoplasme siège sur la valvule iléo-cœcale et a provoqué une invagination de l'extrémité inférieure de l'iléon et du cœcum. Son extirpation est faite par une incision qui divise successivement la muqueuse du cœcum, sa séreuse, la séreuse puis la muqueuse de l'iléon, et l'opération est terminée par l'entérorraphie. Rien de particulier dans les suites, sauf un abcès ouvert à la région inguinale ; guérison. La tumeur enlevée était un fibro-sarcome.

OZENNE.

**Curetage des végétations cancéreuses inopérables du rectum, par QUÉNU** (*Bull. Soc. chir.*, *XX*, *p. 593*).

L'anus contre nature, dans les cas de cancer rectal inopérable, est une excellente opération ; mais les malades continuent à résorber les produits putrides de leurs végétations cancéreuses, et les hémorragies persistent. Dans ces cas, après établissement de l'anus iliaque, il y a avantage à abraser à la curette tout ce qui fait saillie dans la lumière du rectum. L'opération est peu sanglante, et ces grosses végétations, qui saignent au moindre contact, ne causent pas d'hémorragie quand on les enlève largement. Au besoin, la rectotomie postérieure préliminaire donne du jour pour les aborder. Quénu présente un malade amélioré par ce procédé, et laisse à entendre qu'on pourrait agir de même, quand il est question de l'opération de Kraske : un curetage préalable des parties cancéreuses équivaudrait alors à ce qu'on pratique de similaire sur le col, avant d'enlever un utérus épithéliomateux.

Bouilly a pratiqué le curetage du cancer rectal inopérable et le considère comme une méthode à conserver. ARROU.

**Imperforation du rectum avec anus bien formé ; modification au procédé opératoire par la voie périnéo-sacrée, par COMMANDEUR** (*Mercredi méd.*, *12 décembre 1894*).

Nouveau-né sans malformation apparente ; anus bien conformé, mais imperforation du rectum, dont l'ampoule ne peut être aperçue même après la résection du 1/3 inférieur du sacrum. On pratique alors la colotomie iliaque et l'*S* iliaque est suturé à la peau ; malgré l'opération, l'enfant meurt au bout de 9 jours.

L'autopsie a montré qu'entre le cul-de-sac anal et le cul-de-sac rectal il n'existait aucune trace de cordon fibreux et que ces culs-de-sac étaient séparés l'un de l'autre par un plan fibreux, constitué par l'aponévrose pelvienne supérieure et doublé sur sa face supérieure par le péritoine. Le cul-de-sac rectal répondant à peu près au tiers inférieur du sacrum, était renfermé presque tout entier dans le péritoine, sauf en arrière, sur la ligne médiane.

En pareil cas, voici le manuel opératoire que l'auteur conseille : après la résection du coccyx et d'une partie du sacrum, s'il est besoin, et l'introduction d'un cathéter dans la vessie, on incise transversalement le plan fibreux et le péritoine, on reconnaît l'ampoule, que l'on attire au dehors. Cela fait, on suture à la soie les bords de la boutonnière péritonéale au péritoine qui recouvre le rectum, ce qui forme ainsi une collerette complète, fermant entièrement la cavité péritonéale, puis on ouvre le rectum, dont la muqueuse est suturée aux bords de la plaie cutanée ou du cul-de-sac anal. On a ainsi créé un anus périnéal. OZENNE.

**Adhérences intestino-épiploïques et abdominales inflammatoires de l'hypochondre droit simulant une tumeur, par E. OZENNE** (*Journ. méd. Paris, 10 mars 1895*).

Femme d'une quarantaine d'années qui, jusqu'en 1894, n'avait présenté, les années précédentes, que plusieurs crises douloureuses attribuées à des calculs hépatiques. A cette époque une nouvelle crise fébrile apparut et quelques jours plus tard on percevait dans l'abdomen une tuméfaction douloureuse.

Située à deux travers de doigt au-dessous des côtes, du côté droit, cette tumeur, du volume du poing, était dure, mate, arrondie et paraissait adhérer aux téguments. Elle n'accompagnait pas les mouvements du foie pendant la respiration et n'avait aucun rapport avec le rein. Comme troubles fonctionnels, on notait des irrégularités des fonctions intestinales et des douleurs qui mettaient obstacle à la marche. Une ponction aspiratrice avait donné issue à une cuillerée environ de liquide muqueux contenant le bacille coli communis.

Une incision faite au niveau et au-dessus de la tuméfaction a montré tout d'abord que cette dernière n'avait aucun rapport ni avec le foie, ni avec les voies biliaires, ni avec le rein, et qu'elle était constituée par une masse inflammatoire résultant de l'union d'une portion de l'épiploon à la paroi abdominale antérieure, en avant, et à l'intestin (côlon ou intestin grêle), en arrière.

Les adhérences antérieures ont été facilement rompues; quant à l'isolement de la masse d'avec l'intestin, il n'a pu être obtenu, tant l'union paraissait intime. Malgré ce défaut de libération, l'opération a été suivie d'un bon résultat, les douleurs et la tuméfaction ont disparu. o.

**Zur Radical-Operation des Hernien, par O. von BUENGNER** (*Deutsche Zeitschr. für Chir., XXXVII, 6, p. 549*).

O. von Büngner a basé son étude sur 84 opérations pratiquées suivant le procédé de Küster. On peut résumer ainsi le manuel opératoire du chirurgien allemand. Le sac est isolé et fortement attiré au dehors, puis lié aussi haut que possible. Extirpation, après section au-dessous de la ligature. Sutures en surget sur le moignon. On ferme l'anneau par des sutures profondes en soie ; puis on réunit, par plusieurs étages d'une suture continue au catgut, toutes les parties molles comprises entre l'anneau et la plaie cutanée. Aucun espace ne doit persister dans lequel puissent s'accumuler les sécrétions. La plaie cutanée est réunie par une suture continue à la soie et la ligne de suture recouverte de collodion iodoformé. Cette manière de faire diffère peu, on le voit, des procédés actuellement employés en France. O. von Büngner insiste sur la ligature élevée du sac, pratiquée de façon à ne laisser aucun infundibulum, condition essentielle. Dans ce but, il faut isoler avec soin le sac de ses enveloppes accessoires. On placera la ligature de soie au point où le collet se continue avec le feuillet péritonéal. Deux fois, au cours de nécropsies, on a pu se convaincre que la ligature ainsi pratiquée ferme le péritoine sans laisser de cul-de-sac dans la région de l'anneau. Pour fermer l'anneau, l'auteur place des sutures profondes tout le long du trajet et sur l'orifice interne (gros fil de soie); elles sont toutes placées avant d'être nouées.

67 malades seulement ont été revus. Or, sur 84 opérations, 61 ont été trouvées sans récidive (91 0/0). La proportion des récidives a donc été de 9 0/0. Sur les 61 cas non récidivés, 50 avaient été opérés de 2 à 8 ans au-

paravant; et pour les 11 autres, l'opération remontait à dix-huit mois au minimum. Dans les cas de récidive, il s'agissait toujours de hernies inguinales volumineuses et très anciennes. En général, Küster ne fait pas porter de bandage. D'après O. von Büngner, le bandage serait plutôt mauvais; dans les cas ordinaires, il faciliterait la réapparition de la hernie. Toutefois, il est des circonstances dans lesquelles il faut l'ordonner : en particulier quand il s'agit d'opérés âgés, ou de hernies à orifice très large. Il ne faut pas oublier non plus que, quand on doit se livrer à des travaux très durs, il est toujours prudent de porter un bandage.

MARCEL BAUDOUIN.

**De l'opération radicale des hernies non étranglées, par C.-J. ROSSANDER** (*Nordiskt med. Arkiv, XXVI, 33*).

Statistique portant sur 239 cas, une seule mort (vieillard de 70 ans, pleuro-pneumonie). Ces 239 cas s'appliquent : 39 à des enfants, 4 de moins d'un an; 32 de 1 à 3 ans; les autres à des adultes; 16 seulement au-dessus de 60 ans.

Pendant la même période on a opéré dans les divers services, 124 cas d'étranglement herniaire (2 enfants de 7 semaines et de 8 mois); 96 guérisons, 28 morts. Les procédés opératoires ont été variés.

A. CARTAZ.

**Deux cas d'étranglement interne par bride, par F. COMMANDEUR** (*Archives prov. de chir., p. 782, décembre 1894*).

L'auteur conclut des deux faits qu'il rapporte :

1° Qu'à la suite des interventions sur les organes du petit bassin, il se produit des tractus fibreux péritonéaux, qui peuvent consécutivement et à longue échéance amener un étranglement interne;

2° Que ces brides étant parfois multiples, il faut, au cas où on intervient, ne pas refermer le ventre après avoir levé un étranglement, mais faire l'examen méthodique de l'intestin pour s'assurer qu'il n'y a pas d'autre obstacle. La recherche à ciel ouvert, malgré les inconvénients qu'on lui reproche, doit être préférée, car c'est la seule qui permette un examen vraiment complet;

3° Que dans certains étranglements par brides, l'intestin peut être sectionné en partie comme dans les étranglements par vive arête, ce qui ne peut qu'engager le chirurgien à intervenir de bonne heure. Mais aucun fait ne permet actuellement de juger quelle est la meilleure ligne de conduite à tenir dans ces cas.

F. VERCHÈRE.

**Étude sur la hernie épigastrique et son traitement, par CHAILLOUX** (*Thèse de Paris, 1894*).

La graisse sous-péritonéale joue le plus grand rôle dans la production de cette hernie. Demi-fluide, elle s'insinue dans les orifices fibreux de la ligne blanche, attirant derrière elle la séreuse, à laquelle la rattachent toujours des adhérences celluleuses. Ce sac virtuel devient réel quand un organe quelconque (gros ou petit intestin, ligament suspenseur du foie) franchit à son tour l'anneau fibreux et vient occuper le diverticule

séreux. Les douleurs sont fréquentes. Celles qui suivent le trajet des nerfs intercostaux sont peut-être attribuables à la compression des filets nerveux qui passent, en même temps que le pédicule herniaire, par les orifices de la ligne blanche. Les crises digestives, plus fréquentes et plus graves, doivent être rapportées à une irritation quelconque des filets sympathiques qui accompagnent la masse herniée.

La cure radicale est le seul vrai traitement. ARROU.

**Ein Bruchschnitt von Hernien (Herniotomie postérieure), par G. NEUBER** (*Centr. f. Chir., n° 28, 1894*).

Dans un cas de volumineuse hernie inguinale étranglée, Neuber, prévoyant des difficultés considérables de réduction par le procédé de herniotomie classique, eut recours à une opération, déjà mise en pratique par Mikulicz. Ce procédé consiste à pratiquer une véritable laparotomie par une incision qui suit la direction du canal inguinal, de pénétrer ainsi directement dans le péritoine immédiatement au-dessus de la hernie et de faire une herniotomie d'arrière en avant, en sectionnant sur le doigt toute la paroi antérieure du canal inguinal.

Ce procédé présenterait, d'après l'auteur, les avantages suivants : La difficulté, que l'on rencontre souvent dans la herniotomie classique, à reconnaître les enveloppes herniaires est tournée ; on n'est plus exposé à blesser l'intestin d'emblée ou pendant les manœuvres de débridement. On évite de même la blessure des vaisseaux. La réduction de l'intestin se trouve facilitée. Il devient inutile de réséquer de grandes portions de l'épiploon. L'examen attentif de l'anse intestinale est beaucoup facilitée, et les opérations, nécessitées par ses lésions, se font plus aisément. La réduction en bloc devient impossible. Enfin les hernies rétropéritonéales sont plus aisément diagnostiquées et traitées.

En présence de ces avantages, l'auteur n'est pas éloigné de faire de cette méthode de herniotomie la méthode de choix. REBLAUB.

**Eine seltene Form der Einklemmung..... (Forme rare d'étranglement dans la hernie inguinale), par Carl LAUENSTEIN** (*Archiv f. klin. Chir., XLVIII, 3*).

Chez un homme de 24 ans atteint de hernie inguinale étranglée, Lauenstein trouva, dans le sac herniaire, deux anses de l'intestin grêle fortement congestionnés avec points hémorragiques. Après le débridement de l'anneau, il put attirer hors du ventre une troisième anse d'intestin grêle présentant également des points hémorragiques et qui n'était autre que le segment intestinal intermédiaire aux deux anses étranglées dans le sac. C'est une disposition que Lauenstein n'a trouvé signalée par aucun auteur. REBLAUB.

**I. — Die Entfernung des eingeklemmten Gallenstein..... (Extraction d'un calcul enclavé dans le canal cystique), par Hans KEHR** (*Archiv für klin. Chir., XLVIII, 3*).

**II. — Ueber künstliche und natürliche Ausgüsse der Gallenblase (Des moules artificiels et naturels de la vésicule biliaire), par HELFERICH** (*Ibid.*).

I.— Kehr rapporte que, sur 77 laparotomies qu'il a pratiquées pour calculs biliaires, il a trouvé 26 fois le calcul enclavé dans le canal cystique. Au début, il avait recours à la cystostomie et s'efforçait de saisir le calcul à

travers la fistule de la vésicule. Si cette manœuvre ne réussit pas, un grand nombre de chirurgiens, en particulier les chirurgiens français, ont recours à la cystectomie. Dans 2 cas, où Kehr ne put extraire le calcul par la cystostomie, il fit une laparotomie médiane, alla à la recherche du canal cystique, qu'il incisa directement sur le calcul, et put extraire ce dernier. Le canal cystique fut ensuite suturé par deux rangées de sutures. La fistule biliaire s'oblitéra en trois semaines (voy. *R. S. M.*, XLV, 226).

II. — Chez une jeune femme de 28 ans, Helferich a enlevé, de la vésicule biliaire, 25 petits calculs biliaires et 1 autre plus volumineux, occupant la partie inféro-postérieure de la vésicule et poussant un prolongement dans le canal cystique. Ce calcul était des plus remarquables par un état particulier de sa surface, qui n'était pas lisse, mais présentait une série de petits champs polyédriques, séparés les uns des autres par des sillons plus profonds. Cet aspect est identique à celui que l'on obtient en prenant des moules de la cavité cystique. Il est dû à l'impression des petits plis muqueux qui existent à la surface de la muqueuse de la vésicule, et confirme cette opinion de Henle, que ces plis ne s'effacent pas même par la distension de la vésicule.

REBLAUB.

**Sur la cholécystentérostomie, par RICARD** (*Bull. Soc. chir.*, *XX*, *p. 572*).

Observation de cholécystentérostomie terminée par la mort au 53e jour de l'opération, alors que les suites immédiates avaient été excellentes. C'est qu'il faut compter avec l'infection des canaux biliaires par la bouche anastométique créée, avec l'insuffisance de la cellule hépatique dans les vieilles lithiases, avec les cirrhoses biliaires et les abcès si fréquents dans les infections ascendantes. Aussi l'intervention n'a-t-elle aucune raison d'être retardée. Le chirurgien appelé de bonne heure peut offrir à la bile une dérivation facile, par un abouchement de la vésicule avec l'intestin ou la paroi; le foie, déchargé d'autant, reprend ses fonctions normales. En présence de la difficulté et des dangers encore incomplètement connus de la cholécystentérostomie, peut-être la simple cholécystostomie donnerait-elle des résultats sensiblement égaux avec des risques moindres.

ARROU.

**Hydrops articulorum intermittens, par GRUBE** (*Münch. med. Woch.*, *p. 824*, *1894*).

Chez une femme de 33 ans, multipare, il se développe en même temps qu'un malaise général avec diarrhée, pouvant être attribué au mauvais drainage de la maison, et avant une fièvre typhoïde légère, une affection du genou gauche revenant périodiquement. Cette affection consistait en gonflement et douleur. Après 4 ans d'existence survient la guérison qui dure 4 ans et fait place à une nouvelle maladie qui marche en tout comme la première. Les accès reviennent tous les 11 jours et en durent 3. L'épanchement semble gélatineux ou tout au moins il manque des symptômes des épanchements très fluides : fluctuation et choc rotulien. Pas de manifestations inflammatoires ; souvent, dans les accès, il y avait de la diarrhée qui manque actuellement.

Après avoir repoussé l'origine nerveuse ou hystérique de cette manifestation, l'auteur discute la possibilité d'une infection, sans s'y arrêter non plus.

C. LUZET.

**Hydrops articulorum intermittens; report of a case, par S. KENNEDY** (*Journal of the Amer. med. Ass.*).

Un journalier, âgé de 33 ans, habitant New-York, a été atteint à maintes reprises depuis 4 ans d'une affection du genou se caractérisant par du gonflement, de l'œdème, des douleurs excruciantes dans la région, exacerbées par le mouvement, le tout accompagné d'une légère poussée fébrile ; la santé générale est conservée ; chaque attaque dure de 3 à 5 jours ; actuellement, les attaques reviennent régulièrement tous les 34 jours, aucune impotence fonctionnelle ne se manifestant pendant le laps de temps qui sépare les crises. Au cours de l'attaque, l'examen local démontre la présence d'une effusion articulaire intra-capsulaire. K... voit là un de ces cas rarement rencontrés d'épanchement articulaire intermittent tels que les décrivent Barnes, Fridenberg, etc. CART.

**De la carie sèche de l'épaule, par A. DEMOULIN** (*Arch. gén. de méd., décembre 1894*).

Bonne étude de cette variété d'ostéo-arthrite de l'épaule, qui appartient comme origine à la tuberculose et se distingue par la destruction des surfaces osseuses, les épaississements ostéo-fibreux, un tissu de granulations ayant tendance à se transformer en tissu fibreux. D. après avoir résumé les travaux antérieurs, publie cinq observations inédites. Pour lui comme pour la plupart des auteurs, la lésion est d'origine osseuse et c'est secondairement que se prennent la synoviale et la capsule ; c'est sous le cartilage que se développe l'inflammation ulcéreuse qui gagne peu à peu en détruisant les divers tissus. Cette ostéite progressive est de nature tuberculeuse (Kœnig) ; les examens histologiques de D. ne lui ont fait reconnaître que de l'ostéite simple, mais il admet de par la clinique la nature bacillaire de cette carie.

Suivent la description des symptômes, localisation spéciale à l'épaule droite (28 fois sur 41), le diagnostic différentiel et les indications thérapeutiques qui se résument le plus souvent dans la résection. A. C.

**Ueber Coxa vara, eine Berufskrankheit der Wachstumsperiode (De la « coxa vara », maladie professionnelle de la période de croissance), par KOCHER** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XXXVIII, 6, p. 521*).

Kocher, dans cette étude des plus intéressantes d'une maladie encore insuffisamment élucidée, cite d'abord deux observations avec tous les détails nécessaires. La première a trait à un jeune homme de 18 ans, travailleur campagnard ; le second malade avait le même âge et était occupé dans une fabrique de fromage. Tous deux, par la nature de leurs travaux, étaient obligés de marcher de certaine façon, ce qui occasionna l'altération de la tête fémorale décrite par Kocher. Par suite de troubles dans l'ossification, il existe à ce niveau une diminution de résistance du squelette et, grâce au poids du corps, il se produit un abaissement de la tête du fémur et une innervation du col en arrière. Le col est d'ailleurs allongé par suite d'un accroissement exagéré au niveau de l'épiphyse supérieure. Pas d'altération dans les parties molles ; le cartilage est seulement aminci et, encore, cette altération paraît-elle secondaire. La cause

de la maladie est une lésion osseuse dont la nature reste fort obscure, mais qui paraît être la conséquence d'une suractivité fonctionnelle exagérée au niveau de l'extrémité supérieure du fémur.

On s'explique dès lors pourquoi cette maladie ne s'observe que dans l'adolescence, et ne se montre guère que chez les sujets grands et solides se livrant à des travaux très fatigants. Elle débute par des phénomènes douloureux du côté de la hanche, avec irradiation dans divers sens. Il y a bientôt de la rotation des pieds en dehors et de la raideur articulaire. Puis les malades s'aperçoivent qu'ils ne peuvent s'asseoir qu'avec de grandes difficultés. Ce qui frappe le clinicien, c'est surtout l'aspect du sujet lorsqu'il marche ; il se passe là un balancement du corps, presque unique en son genre, par suite d'une ankylose de la hanche. Quand le patient est couché, ce qui attire l'attention c'est la très forte rotation en dehors des membres. A l'examen local, on constate que le grand trochanter est notablement remonté et que sa surface est dirigée eu arrière. La maladie est chronique dans son évolution. On peut prévenir la déformation si on est appelé de bonne heure à donner un avis, en ordonnant un repos absolu et en faisant changer de profession le jeune homme atteint. Mais, quand le mal existe, on ne peut y remédier que par une opération : ostéotomie ou résection de la hanche. Kocher a pu suivre l'un de ses opérés chez lequel il avait pratiqué une double résection; le résultat a été suffisant ; mais il a été loin d'être parfait. En tous cas, le travail de ce chirurgien mérite toute l'attention, car la question est neuve et pleine d'intérêt. MARCEL BAUDOUIN.

**Zur Kenntniss der osteo-chondritis dissecans, par E. STEFFEL** (*Archiv für klin. Chir.*, *XLVIII*, *3*).

Il s'agit d'un homme de 40 ans, bien portant, qui, en déchargeant des tonneaux remplis de glace, pour empêcher l'un d'eux de tomber, arcbouta les mains contre lui. Aussitôt il ressent un craquement dans l'épaule correspondante. Il peut néanmoins continuer son travail. Le lendemain, tuméfaction de l'épaule avec hydarthrose persistante. Une arthrotomie, pratiquée ultérieurement au bout de 11 semaines, montra qu'une grande partie de la tête fémorale avait disparu. Cette disparition ne pouvait être le fait d'un arrachement osseux, suivi de résorption du fragment détaché, puisque le malade a continué son travail pendant toute la journée qui a suivi le moment de la contusion de l'épaule. Il ne fait pas de doute pour l'auteur, que ce fait doive être rapproché de ceux de Küster et Cramer. REBLAUB.

**I. — Hématome de dimensions insolites de la bourse prérotulienne et de la région antérieure de la cuisse, par P. BERGER** (*Bulletin Soc. de chir.*, *p. 359*, *11 avril 1894*).

**II. — Hématocèle de la bourse prérotulienne, par J.-L. REVERDIN et P. BUSCARLET** (*Rev. méd. Suisse romande*, *XIV*, *7*, *p. 430*, *juillet 1894*).

I. — P. Berger a extirpé un énorme hématome de la bourse prérotulienne qui se continuait avec une poche sous-aponévrotique remontant jusqu'à la région trochantérienne. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un hématome prérotulien, qui s'était rompu à la cuisse et qui avait déversé son contenu dans les régions sous-aponévrotiques où une sorte de paroi kystique

s'était formée autour du sang extravasé. Au cours de l'opération, l'articulation du genou fut ouverte ; le malade guérit par première intention.

II. — Paysan de 57 ans ; tumeur bosselée au devant du genou droit, faisant un fort relief correspondant à la bourse prérotulienne, mais s'étendant en haut bien au-dessus de la rotule, presque jusqu'au tiers moyen de la cuisse, descendant d'autre part un peu au-dessous de l'insertion du tendon rotulien et occupant de plus le tiers inférieur de la face externe de la cuisse ; à la partie externe et antérieure de la tumeur, la peau est un peu rouge et excoriée.

Il y a dix ans au moins qu'après avoir travaillé à genoux sur des planches, il ressentit un peu de douleur dans le genou droit et y trouva une petite grosseur qui s'accrût très lentement, sans occasionner ni douleurs, ni gêne. Dans les trois derniers mois, sans cause appréciable, la tumeur a pris un développement plus rapide et est devenue un peu douloureuse spontanément. Reverdin pratique l'extirpation totale de la membrane de revêtement. Guérison apyrétique.

Sous le microscope, la structure des parois était identique à celle de l'hématocèle vaginale ou de la pachyméningite et la membrane avait une épaisseur de plus de 1 centimètre. J. B.

**Fibrome tuberculeux de la bourse séreuse sous-rotulienne, par A. BERT** (*Lyon méd.*, *10 février 1895*).

Femme de 23 ans, sans antécédents personnels ou héréditaires. Chute sur le genou à l'âge de 12 ans, ayant laissé de la sensibilité, puis une petite tumeur qui a grossi depuis un mois. Cette tumeur de consistance cartilagineuse mobile, est entourée d'une masse molle sous-rotulienne. Pas de lésion articulaire. On diagnostique, tuberculose de la bourse sous-rotulienne. Ablation d'une tumeur attachée par un pédicule au-dessus de la tubérosité du tibia ; la masse molle présente des bourgeons irréguliers, grisâtres. Guérison rapide. A l'examen histologique la tumeur est formée d'une masse fibroïde avec cellules géantes ; les masses molles par le même tissu fibroïde. Il s'agit donc d'un fibrome tuberculeux à pronostic bénin. A. CARTAZ.

**Sur les ostéomes des cavaliers, par DELORME** (*Bulletin Soc. chir.*, *XX*, *p. 540*).

Des discussions récentes à la Société, et des nombreux mémoires récemment publiés, Delorme croit pouvoir poser les conclusions suivantes. Il est possible qu'un ostéome se forme au milieu d'un muscle, à la suite d'une rupture. Il ne s'agit pas d'un foyer d'hématome transformé en tissu osseux. Il vaut mieux y voir un processus ossifiant des diverses parties des muscles, fibre et surtout tissu cellulaire interposés. Ce n'est, en somme, qu'une forme de la myosite ossifiante.

En second lieu, il ne semble pas soutenable qu'un ostéome puisse se développer aux dépens d'un lambeau périostique arraché par la brusque contraction du muscle. Cette idée, soutenue par Berger, est en contradiction avec les expériences de Delorme.

Enfin, certains cas où l'ostéome est en continuité avec l'os l'amènent à conclure que la tumeur peut se développer aux dépens d'une irritation périostique, aux points d'attache du tendon musculaire. ARROU.

**Beobachtung über Osteomyelitis non purulenta (sero-mucinosa), par F. GRIMM** (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLVIII*, *3*).

Pendant un séjour de 5 ans au Japon, Grimm a observé 22 cas d'ostéomyélite aiguë et de plus 1 cas d'ostéomyélite non suppurée ou périostite albumineuse.

Tous les cas de périostite albumineuse ne sont pas d'origine ostéomyélitique, et l'on sait que les abcès tuberculeux et les processus gommeux peuvent lui donner naissance. D'autre part, l'on sait que l'accumulation de liquide séromucineux n'est pas rare dans les cas de plaies granuleuses. Rien d'étonnant alors à ce que le même liquide se retrouve dans des cavités osseuses, dont les parois sont couvertes de granulations. La sérosité lymphatique seule provient de l'exsudation; quant à la mucine, elle a pour origine la destruction des tissus. Elle s'accumule, parce qu'elle se résorbe difficilement. REBLAUB.

**Considérations sur le mécanisme, les symptômes et le traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius consécutives aux chutes sur le poignet, par HENNEQUIN** (*Revue de chir.*, *n° 7*, *p. 557 et n° 9*, *p. 801*, *1894*).

Après avoir rappelé la disposition du radius et du cubitus, leur structure, l'anatomie du coude et du poignet, Hennequin étudie très minutieusement le mécanisme des fractures de l'extrémité inférieure du radius, en s'appuyant sur les données précises que fournit la mécanique, l'expérimentation et l'anatomie pathologique.

Le fait capital est la démonstration faite par Poirier de la transmission du poids du corps au radius dans l'extension par l'intermédiaire du ligament interosseux. Dans l'extension, en effet, la tête du radius n'est pas en contact immédiat avec le condyle huméral. D'autre part, c'est le radius seul qui s'articule avec le condyle carpien. La transmission de la force que l'humérus a reçu de l'omoplate se fait donc directement au cubitus, puis du cubitus au radius par le ligament interosseux et enfin du radius directement au carpe. Poirier a bien mis en lumière par les expériences ce rôle du ligament interosseux si résistant qu'un choc violent appliqué sur l'olécrane suivant l'axe du cubitus peut briser le radius mais est impuissant à déchirer le ligament.

Dans une chute sur la paume de la main, le bras étant dans l'extension, la somme des forces qui composent la puissance ne sera donc intégralement transmise au radius qu'au-dessous des faisceaux inférieurs du ligament interosseux; c'est entre ce point et la surface articulaire du radius qui lui transmet la résistance que se fera la fracture.

Hennequin ne rejette pas le rôle du ligament antérieur du carpe dans la production de ces fractures, mais il le croit la plupart du temps peu important.

Après une étude très détaillée de la symptomatologie, Hennequin consacre la seconde partie de son travail au traitement et décrit l'appareil ingénieux qu'il emploie. WALTER.

**Observations de fractures guéries au moyen de la suture osseuse, par ROUX DE BRIGNOLLES, rapport par NÉLATON et discussion** (*Bulletin Soc. chir.*, *XX*, *p. 513*).

Roux préconise la suture lors de fracture de la clavicule, de fracture de l'humérus ou du fémur, enfin de fracture grave de jambe.

Le rapporteur rejette ces conclusions en ce qui concerne la fracture de la clavicule, dont la consolidation se fait peu attendre et dont les accidents sont une véritable exception. Même conclusion quant aux fractures de l'humérus et du fémur; les appareils classiques, ceux d'Hennequin en particulier, assurent la guérison en temps normal.

Lors de fracture grave de la jambe, la suture est plus acceptable. Chacun sait les retards de consolidation en pareil cas. Une interposition musculaire, une saillie menaçante d'un fragment anguleux justifient pareille intervention. On pourra s'y ranger, si, au bout de 8 jours, les fragments ne sont pas disposés en bonne direction.

Routier, Monod, Delorme, Championnière adoptent les conclusions du rapporteur. Cependant, Schwartz suture volontiers les fractures de l'extrémité externe de la clavicule, dans lesquelles le fragment interne s'élève et s'abaisse en touche de piano. ARROU.

**Ueber die Extirpation des Calcaneus nebst..... (De l'extirpation du calcanéum dans un cas de sarcome central du calcanéum), par BARTHAUER** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, *XXXVIII*, *4-5*, *p. 462*).

B. a basé son travail sur l'observation suivante :

Homme de 43 ans, vu le 16 novembre 1891. Depuis un an, au pied gauche, au-dessous des malléoles, tuméfaction modérée, douloureuse, molle, avec en dehors de la crépitation parcheminée. Diagnostic douteux. Le calcanéum, mis à nu par une incision externe, en arc de cercle, on constata qu'il s'agissait d'une tumeur. Extirpation du calcanéum avec son périoste et le tissu conjonctif de voisinage. Le 21 mars 1892, le malade sortait guéri. Au bout de 2 ans, l'opéré n'offrait aucune trace de récidive. Depuis longtemps, il a laissé de côté son appareil. Il use de bottes ordinaires, se livre aux travaux les plus fatigants, etc.

Il s'agissait d'un sarcome central du calcanéum. La tumeur, mollasse, était formée de cellules, en parties rondes, en partie polygonales par compression réciproque.

Dans ses recherches très consciencieuses pour ce qui est de la littérature française, l'auteur n'a pas rencontré de fait semblable. Ollier parle bien d'un sarcome du calcanéum ayant nécessité l'amputation, mais il n'y a pas eu d'examen histologique. Les cas d'extirpation du calcanéum pour carie ou nécrose sont des plus fréquents, et c'est à la résection sous-périostée que l'on a recours ; grâce à la régénération de l'os, on peut obtenir un résultat parfait au point de vue fonctionnel. Par contre, dans les cas comme celui de Barthauer, opéré par Helferich, on ne peut pas garder de périoste ; mais l'aptitude fonctionnelle du membre ne laisse que fort peu à désirer, malgré l'absence totale du calcanéum. L'auteur, au cours de ce mémoire, a en outre discuté les indications et le meilleur procédé opératoire à employer. MARCEL BAUDOUIN.

**Ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus et de l'omoplate gauches. Amputation interscapulo-thoracique, par DUBAR** (*Bull. de l'Acad. de méd. et Bulletin méd.*, *21 novembre 1894*).

Homme de 27 ans atteint d'un ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus depuis 6 mois. Propagation à une grande étendue de l'omoplate. Amputation inter-scapulo-thoracique d'après le procédé de Berger le 11 juillet 1894. Suites opératoires simples. Quatre mois après, récidive sous forme d'un noyau dur dans la partie latérale gauche du cou. OZENNE.

**Zur Technik der Amputationen grosser Gliedmassen (Technique de l'amputation des membres), par CREDÉ** (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLVIII*, *3*).

Credé se plaint de ce que la technique des grandes amputations ait été quelque peu négligée par la chirurgie actuelle, et pourtant les statistiques les plus favorables témoignent que le tiers seulement des cas guérit par première intention. Il y a donc encore des améliorations à obtenir. L'auteur a pratiqué, dans ces deux dernières années, 22 grandes amputations, soit pour traumatismes, soit pour affections spontanées. Les deux tiers de ces opérés guérirent par première intention au vrai sens du mot; les autres guérirent en 3 semaines; un seul cas demanda 4 semaines et demie.

La technique de Credé est la suivante: Les lambeaux sont étoffés le plus possible par des muscles. A l'aide d'une bande de tarlatane fine, souple et humide, appliquée directement sur les lambeaux, il amène ces derniers en contact, et maintient ainsi leurs bords, sans avoir recours à des sutures. Le drainage est également supprimé. C'est là le point essentiel de la technique. L'application directe de la bande exerce une compression douce et légère, qui supprime les hémorragies, diminue l'exsudation séreuse. Le pansement est appliqué par-dessus cette bande. Il reste en place pendant 8 à 10 jours, et, quand on l'enlève, la cicatrisation est complète. Cette technique est applicable à tous les cas, que le chirurgien suive la méthode antiseptique ou aseptique, qu'il fasse usage de la bande d'Esmarch ou non. Elle est surtout recommandable pour la chirurgie de guerre. REBLAUB.

**Désarticulation du genou, par Paul BERGER** (*Bulletin Soc. chir.*, *XX*, *p. 609*).

Obligé de recourir à l'amputation pour un ulcère de jambe étendu, Berger a fait la désarticulation du genou par la méthode circulaire, seule possible dans l'espèce. La rotule a été enlevée, pour donner de l'étoffe au lambeau. La cicatrice linéaire est reportée en arrière, bien que le procédé ait été nettement circulaire.

Routier, Polaillon, Peyrot citent des cas semblables, dans lesquels le point d'appui sur l'extrémité même du moignon n'a entraîné ni douleurs, ni excoriations. La désarticulation du genou leur paraît préférable à l'amputation sus-condylienne et à l'amputation faite à travers le plateau tibial. ARROU.

**Zur Behandlung der Innen-rotation (rotation en dedans) bei Pes equino-varus congenitus, par Carl LAUENSTEIN** (*Archiv f. klin. Chir., XLVIII, 3*).

Lauenstein propose un procédé simple pour le traitement de la rotation en dedans du pied dans le pied bot varus équin congénital. Le principe en est le suivant : on fixe la plante du pied sur une tige placée suivant l'axe longitudinal du pied, et dont l'extrémité postérieure repose sur le plan du lit. Par son propre poids, le membre subit une rotation en dehors suivant un axe, qui est constitué par la ligne de réunion du centre de l'articulation de la hanche avec le point d'appui de la tige fixée à la plante. Lauenstein a fait construire un appareil fort simple répondant à ce principe et qu'il conseille d'employer en permanence chez les enfants qui ne peuvent pas encore marcher, et de nuit seulement chez ceux qui marchent déjà, mais qui ont encore conservé une difformité tenant à la rotation en dedans du membre. REBLAUB.

**Extirpation de l'astragale pour pied bot équin ankylosé, consécutif à une fracture de jambe, par LAFOURCADE, rapport par MICHAUX** (*Bulletin Soc. chir., XX, p. 508*).

Femme de 40 ans. Fracture compliquée de la jambe avec ouverture de l'articulation. Guérison après trois mois ; mais le pied est ankylosé et équin. Lafourcade attaque l'astragale par l'incision externe, et l'enlève par fragments. Plaie tamponnée à la gaze stérilisée ; immobilisation dans le plâtre. Guérison en 20 jours. Actuellement, la malade marche sans canne.

Michaux conclut que l'extirpation de l'astragale doit être préférée aux résections tibio-tarsiennes, toutes les fois que les désordres n'ont pas été trop considérables et les fragments par trop déplacés. ARROU.

**I. — Deux volumineux abcès sous-périostiques du fémur en communication avec l'articulation du genou guéris par les injections iodoformées, par KIRMISSON** (*Revue d'orthopédie, 1er novembre 1894*).

**II. — Bons effets des injections iodoformées dans les abcès du mal de Pott, par KIRMISSON** (*Ibid., 1er novembre 1894*).

I et II. — K. se déclare de moins en moins partisan de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose chirurgicale infantile ; il estime que l'on peut obtenir les meilleurs résultats du traitement par les injections iodoformées. CART.

**I. — Ueber Myositis progressiva ossificans, par R. VIRCHOW** (*Berlin. klin. Woch., n° 32, p. 727, 6 août 1894*).

**II. — Discussion de la Société médicale berlinoise** (*Ibid., p. 745*).

I. — Homme de 29 ans, sans tare héréditaire. Début à l'âge de 19 ans par l'articulation temporo-maxillaire et le bras droit. L'affection a dès lors progressé par des poussées annuelles se faisant toutes, comme la première, en avril et durant jusqu'en juin. Au bout de 3 ans, le côté gauche fut envahi à son tour. Actuellement, l'ossification morbide est disséminée un peu partout. La mâchoire inférieure droite étant complètement ankylosée, a perdu tout mouvement et, pour manger, le malade a dû s'arracher plusieurs dents de façon à créer un trou par lequel il introduit les aliments. Les parties latérales du dos

sont enveloppées d'une cuirasse osseuse grillagée. Le genou gauche est ankylosé. Le gros orteil gauche est le siège d'une exostose qui simule une duplicité de la 2e phalange, etc.

Virchow insiste sur ce qu'il s'agit ici d'une affection ayant son point de départ dans le squelette et n'envahissant que consécutivement les muscles, sous forme d'exostoses luxuriantes.

II. — D'après *Gerhardt*, en 1885, on connaissait 22 cas de myosite ossifiante progressive. Bien que les premiers faits proviennent d'Angleterre, ce pays ne vient qu'en deuxième lieu, après l'Allemagne, sous le rapport de leur fréquence. Tous les cas ont débuté à un âge tendre, parfois dans l'une des trois premières années de la vie. Comme pour les affections musculaires, le sexe masculin se trouve 2 fois 1/2 plus représenté parmi les malades. Seules les autopsies ont révélé qu'il ne s'agissait pas en réalité d'une affection des muscles. D'ordinaire c'est à la région scapulaire que les premières saillies apparaissent, quelquefois aussi à la mâchoire. Les téguments offrent un gonflement pâteux et une teinte rougeâtre ou jaune rouge. Puis dans cette masse pâteuse, qui s'étend jusque dans les muscles, se montrent quelques noyaux plus durs qui deviennent de plus en plus volumineux. La classe pauvre, vouée à des travaux pénibles, fournit le plus grand nombre des cas. La même famille n'en fournit pas plusieurs exemples.

Un tiers des malades présentent une petitesse congénitale anormale de certains orteils ou doigts, une véritable microdactylie. Sur les 3 malades que Gerhardt a vus, deux, comme celui de Virchow, avaient dû s'extraire des dents pour pouvoir s'alimenter, malgré l'ankylose de leurs mâchoires.

Von *Noorden* rappelle que, chez ces malades, l'urine élimine moins de chaux que normalement. Mais comme la masse principale des sels calcaires est excrétée par l'intestin, c'est surtout à l'analyse des matières fécales qu'il faut procéder ; elle peut donner des résultats intéressants en ce qui concerne le pronostic et le traitement.

*Senator* a été frappé, en examinant le malade de Virchow, de l'exagération de l'excitabilité mécanique de ses muscles et de la dyspnée même au repos, tenant à la rigidité musculaire. J. B.

**Sur un nouveau procédé de traitement des kystes synoviaux, par S. DUPLAY** (*Arch. gén. de méd.*, *décembre 1894*).

D. préconise l'injection de quelques gouttes (5 à 12) de teinture d'iode pure dans la poche kystique, suivie d'un pansement ouaté compressif. Sur une quinzaine de cas opérés de la sorte, la guérison a été rapide et radicale et il n'y a jamais eu la moindre complication.

A. CARTAZ.

**Autoplastie du tronc au moyen de deux lambeaux empruntés aux bras; phocomélie chirurgicale consécutive, par GUERMONPREZ** (*Arch. prov. de chir.*, *p. 759*, *décembre 1894*).

L'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes : la phocomélie chirurgicale est une opération réalisable ; l'indication sera toujours bien rare de pratiquer l'autoplastie du tronc au moyen des téguments du bras. Lorsque cette indication se présentera, l'amputation du

bras pourra être réservée ; la phocomélie chirurgicale sera toujours supérieure à l'amputation du bras, puisqu'elle conserve la main avec sa précieuse fonction et se borne à reporter le coude auprès de l'épaule, en supprimant la diaphyse de l'humérus. F. VERCHÈRE.

**Die operative Behandlung..... (Le traitement chirurgical de l'ascite tuberculeuse), par G. FREES** (*Deutsche med. Woch.*, *n*os *45 et 46, 1894*).

Depuis 1888, 19 cas de péritonite tuberculeuse ont été traités : Il s'agissait, dans tous ces cas, de la forme ascitique, et la quantité de liquide retiré a varié de 1 à 14 litres avec une moyenne de 5 à 6 litres. 16 fois le liquide était absolument clair, 3 fois l'apparence du liquide n'a pas été notée. La teinte hémorragique dans la tuberculose ou le carcinome péritonéal admise par beaucoup comme un fait fréquent, parait être au contraire une rareté.

Les tubercules péritonéaux prédominent surtout au niveau de l'espace de Douglas et sur la face postérieure du ligament large ; cette prédominance tient à ce que les germes répandus dans la cavité péritonéale se concentrent, par le fait de la pesanteur, dans le petit bassin. 5 fois, le point de départ de la tuberculose était les organes génitaux, 3 fois l'ablation de ces organes fut pratiquée ; dans les 2 autres cas, elle parut inutile à cause de la généralisation du processus.

Quant à la technique, l'incision est faite sur la ligne blanche, aussi petite que possible ; on laisse écouler le liquide, on examine par le toucher digital les organes du petit bassin et si aucune autre intervention n'est jugée nécessaire, on referme la plaie avec ou sans drainage. Le drainage n'a paru modifier en rien le résultat.

L'âge des opérées a varié entre 13 et 60 ans ; aucune n'est morte des suites immédiates de l'opération ; 6 ont complétement guéri, 33,3 0/0. 9 sont mortes dans le cours d'un an ; une est morte, après un an de santé parfaite, de tuberculose intestinale ; une autre, opérée depuis 1 an, vit encore, mais dans un triste état ; une autre a été perdue de vue, mais peut être considérée comme non guérie en raison de l'état dans lequel elle a laissé la clinique ; une dernière vient d'être opérée. Si l'on considère que 3 sur 6 de ces opérées radicalement guéries, se rapportent à des cas où l'on a pu enlever totalement les annexes, point de départ de l'infection, on peut dire que l'opération se réduit à une incision exploratrice permettant de voir les organes malades et de les enlever. Il n'en reste pas moins à expliquer certains cas dans lesquels sans enlever de foyer local et avec une forme généralisée, la guérison radicale est obtenue par cette simple incision ; pour l'explication de ces faits, l'auteur admet soit l'élimination des bacilles répandus dans le liquide ascitique et de leurs toxines, soit l'exagération du processus de résorption par les voies lymphatiques et sanguines.

H. DE BRINON.

**Du cancer mélanique des doigts, par Ch. FAGUET** (*Arch. clin. Bordeaux*, *octobre 1894*).

Le cancer mélanique des doigts est rare, ce qui explique que Faguet, qui en rapporte une observation personnelle, n'ait pu en réunir que 8 cas incontestables. Il se présente sous deux formes, le carcinome et le

sarcome, siège plus souvent sur le pouce, est plus fréquent chez la femme, et se développe consécutivement à une inflammation ou au traumatisme.

Cliniquement il débute souvent sous forme de panaris ou d'onyxis, sur le bord latéral de l'ongle ou sur le derme sous-unguéal, ne se distinguant d'un panaris ordinaire que par l'existence à la périphérie de la lésion d'une petite bande de couleur noir charbon, très caractéristique. Après une première période assez lente, se forme une tumeur dure, bosselée, irrégulière, sans limites précises, de coloration noire et se recouvrant plus ou moins rapidement d'une ulcération bourgeonnante, à bords renversés et donnant une sécrétion ichoreuse et fétide. Les ganglions épitrochléens et axillaires se tuméfient de bonne heure et peuvent s'ulcérer, puis survient la généralisation.

Il importe de distinguer ce cancer au début des différentes variétés de panaris pour faire une intervention chirurgicale qui ne sera indiquée que lorsqu'elle pourra être large et précoce ; à la période d'ulcération et de généralisation ganglionnaire, toutefois, elle constituera une thérapeutique palliative, supprimant les douleurs, les écoulements fétides.

OZENNE.

**Quelques considérations sur l'anatomie et la physiologie pathologique des rétentions rénales, par C. FRUMUSIANU** (*Thèse de Paris, 1894*).

L'évolution des lésions dans la rétention rénale comprend deux phases. Dans la première : troubles mécaniques, dilatation du bassinet et des canalicules, aplatissement des épithéliums avec, au début, congestion du rein. Deuxième phase : atrophie des éléments du rein pouvant aller jusqu'à sa disparition complète. L'évolution des lésions varie suivant que la rétention est complète ou incomplète, temporaire ou permanente. Ces lésions sont dues à la tension intra-rénale à laquelle peut s'ajouter l'élément septique. La pression peut atteindre 73 millimètres de mercure ; sous son influence, la quantité de l'urine et celle de l'urée sont diminuées. C'est là un trouble physiologique qui sera plus tard complété par les lésions anatomiques.

Dans les rétentions aiguës, avant que le rein sain puisse compenser la lésion du rein malade, il peut y avoir anurie complète. R. JAMIN.

**Hémophilie rénale et hémorragies rénales sans lésion connue, par A. BROCA** (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., décembre 1894*).

D'après 7 observations rapportées par A. Broca, il existe des hémorragies rénales abondantes, persistantes et dangereuses, fournies par un seul rein et que n'explique aucune lésion connue. Ces hémorragies ont été observées chez des hémophiles et des névropathes ; elles ont souvent cédé à la néphrotomie. R. JAMIN.

**De l'hyperthermie dans l'urémie, par V. COURDOUX** (*Thèse de Paris, 1894*).

L'hyperthermie est un phénomène possible au cours de l'insuffisance rénale : elle est due à la rétention de substances thermogènes formées dans les organes et à la résorption d'un produit fourni par le rein. Ces

substances produisent l'hyperthermie en agissant sur les centres nerveux calorigènes. L'hyperthermie peut exister seule, mais s'accompagne souvent d'encéphalopathie auto-toxique. Ce syndrôme suit la marche de l'intoxication de l'économie. Le traitement consiste, d'après Courdoux, à assurer les fonctions de la peau et de l'intestin et à pratiquer des injections de néphrine. R. JAMIN.

**Ueber die Entfernung eines im Ureter..... (De l'extraction d'un calcul enclavé dans l'uretère et d'une vessie à diverticules type), par HELFERICH** (*Archiv f. klin. Chir.*, *XLVIII*, *4*).

Helferich a pratiqué, chez un étudiant en médecine, une taille sus-pubienne pour enlever un calcul de dimensions insolites et présentant à sa surface une série de très petites saillies. Celles-ci correspondaient à de petits diverticules de la paroi vésicale. Après l'extraction du calcul, le doigt, promené dans la cavité de la vessie, sentit une petite surface dure, comme incrustée. Après quelques efforts d'extraction, on put s'assurer qu'il s'agissait d'un second calcul enclavé, non dans un diverticule, mais dans l'extrémité de l'uretère. Son extraction fut assez laborieuse, le malade guérit de cette intervention, mais succomba quelques mois plus tard aux lésions rénales, qu'il portait depuis longtemps. REBLAUB.

**Des néphrectomies partielles, par Gervais DE ROUVILLE** (*Thèse de Paris*, *1894*).

D'après plusieurs observations personnelles, Gervais de Rouville considère la néphrectomie partielle comme l'opération de choix dans les cas où les lésions sont localisées à une partie du rein, en dehors de la région du hile, le reste du parenchyme étant normal ou aseptique. La plupart des tumeurs bénignes, les kystes séreux hydatiques et paranéphrétiques, les lésions traumatiques, les fistules urinaires, les lésions de lithiase rénale, relèvent dans certaines conditions de la néphrectomie partielle. Le manuel opératoire est simple et les résultats obtenus ont été satisfaisants. R. JAMIN.

**La contractilité du muscle vésical à l'état normal et à l'état pathologique, par GENOUVILLE** (*Thèse de Paris*, *1894*).

La miction normale n'est due, pour Genouville, qu'à la contraction du muscle vésical et devient impossible lorsque la contractilité est abolie ; or, celle-ci se trouve souvent diminuée chez les urinaires et surtout chez les faux urinaires. La vessie peut se contracter sous l'influence d'excitations légères, mais les contractions d'une vessie irritable sont de courte durée et coïncident parfois avec la rétention complète.

La sensibilité à la tension donne la mesure de la capacité normale de la vessie; elle varie parallèlement à la contractilité à l'état normal. Chez les névropathes, ces deux propriétés sont souvent en rapport inverse.

La pression nécessaire pour donner le besoin d'uriner varie entre 10 et 20° manométriques; elle est sensiblement normale chez les rétrécis, augmentée chez les prostatiques, diminuée chez les faux urinaires. La pression des muscles de l'abdomen dans l'effort, inutile à l'état normal, devient un aide appréciable dans les cas de miction difficile. R. JAMIN.

**Plaie de la vessie par arme à feu; cystorraphie, guérison, par KRÖNLEIN** (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte, 1er août 1894*).

Garçon de 13 ans ayant reçu presque à bout portant la décharge d'un fusil de chasse contenant du menu plomb et une forte bourre de papier. Orifice d'entrée au-dessus de la symphyse; vaste déchirure de la paroi vésicale antérieure, sans blessure du péritoine. Admission le lendemain de l'accident. Opération comme pour la taille hypogastrique; la vessie contenait toute une carte postale, formant la bourre, des lambeaux d'étoffe et de nombreux grains de cendrée; suture de la vessie; sonde à demeure. Guérison parfaite se maintenant depuis 18 mois. J. B.

**Calcul enkysté de la vessie extrait par la voie sacrée, par L. FERRIA** (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., septembre 1894*).

L'ouverture de la vessie par la voie sacrée permet de ménager le rectum et paraît indiquée en présence de calculs volumineux enkystés dans le bas fond et qu'on ne pourrait que difficilement sentir avec l'explorateur vésical. Il serait opportun dans certains cas de pratiquer une épicystotomie exploratrice. Ferria conseille l'ablation du coccyx et d'une partie du sacrum; le calcul une fois extrait, il ferme la plaie vésicale par une suture à deux étages, fait un pansement à la gaze iodoformée et laisse une sonde à demeure dans l'urètre. R. JAMIN.

**De l'atrophie de la prostate, de la castration dans l'hypertrophie de la prostate, par P.-E. LAUNOIS** (*Assoc. franç. avancem. des Sc., Congrès de Caen, 1er vol., p. 253, 1894*).

L'embryologie, l'anatomie, la physiologie démontrent que l'évolution et la fonction de la prostate sont intimement liées à celles des testicules. Dans les vices congénitaux de développement ou de migration des testicules la prostate est atrophiée. Dans la monorchidie ou l'ectopie unilatérale le lobe correspondant de la prostate est seul atrophié; l'atrophie de la prostate est totale dans le cas d'absence complète des testicules ou de cryptorchidie.

De même l'atrophie des testicules consécutives aux lésions inflammatoires, orchites, s'accompagne d'atrophie de la prostate. La castration double chez les animaux pratiquée chez les animaux (mâles châtrés) ou chez l'homme (eunuque) détermine une atrophie considérable de la prostate et des vésicules séminales. La castration double détermine l'atrophie de la prostate lorsque cette glande est hypertrophiée. Chez l'homme cette opération peut devenir une méthode curative dans certains cas de dysurie mécanique par hypertrophie de la prostate. A. C.

**Ligature of the spermatic cord in the treatment of hypertrophy of the prostate gland, par Ewing MEARS** (*N. York med. Journ., 16 février 1895*).

M. conseille, au lieu de la castration, de pratiquer la ligature du cordon spermatique. Les résultats sur la diminution de l'hypertrophie prostatique sont les mêmes qu'avec l'ablation du testicule et l'opération sera plus facilement acceptée par les malades. A. C.

**Du cathétérisme rétrograde de l'urètre, par E. ESTOR** (*Un vol. in-18, Montpellier, 1894*).

Pour Estor, le cathétérisme rétrograde dans les cas de rétrécissements et de ruptures de l'urètre dans sa portion périnéale, présente les indications suivantes : lorsque le périnée est le siège de nombreuses fistules et de callosités étendues et que, après une demi-heure de recherches, le bout postérieur de l'urètre n'a pas été retrouvé ; dans les cas où la rupture de l'urètre s'est produite en même temps qu'une fracture du bassin.

Le cathétérisme rétrograde est une opération bénigne, efficace et facile qui, dans les urétrotomies externes laborieuses, donne seule la certitude de trouver le bout postérieur de l'urètre. La vessie doit être suturée immédiatement, sauf dans les cas de suppuration vésicale abondante. Sur 56 observations rapportées par l'auteur, il n'y a que 5 morts opératoires. R. JAMIN.

**Enchondrome des corps caverneux : extirpation, par TUFFIER et CLAUDE** (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., décembre 1894*).

Tuffier a extirpé une tumeur du volume d'une petite bille, de nature fibro-cartilagineuse, siégeant dans l'enveloppe fibreuse des corps caverneux en dehors de la ligne médiane, à 2 centimètres de la base du gland et donnant lieu à des douleurs intenses pendant l'érection. Guérison. R. JAMIN.

**Étude clinique sur les infections urétrales non gonococciques, par G. BARBELLION** (*Thèse de Paris, 1894*).

Les infections urétrales non gonococciques sont fréquentes dans les deux sexes. Primitives ou secondaires, elles surviennent soit pendant la blennorragie (infections mixtes), soit après celle-ci (infections post-gonococciques).

Ces infections ont une évolution spéciale ; elles sont dues aux microbes les plus divers lesquels sont les agents des complications de la blennorragie. Les urétrites non gonococciques sont contagieuses et peuvent être, dans les cas graves, une contre-indication au mariage.

Le traitement consiste en lavages au sublimé à 1/20,000e et au nitrate d'argent à 1/2,000e ; il varie du reste suivant l'extension, les localisations, l'intensité de la maladie. R. JAMIN.

**Des kystes séreux sous-épididymaires, par M. DENUCÉ** (*Journ. méd. Bordeaux 23 décembre 1894*).

Ces kystes, qui occupent le même siège que les kystes spermatiques, sont situés entre la tête de l'épididyme et le testicule ; ils en diffèrent par leur contenu. Aux quelques faits connus Denucé ajoute trois observations et, en quelques pages, il en esquisse l'histoire.

Généralement ces kystes se présentent avec les caractères cliniques suivants : épanchement variable dans la vaginale ; testicule paraissant bilobé ; lobe supérieur tendu et dur ou mou et fluctuant, arrondi ou ovoïde, mais irrégulier et bosselé ; épididyme se montrant sous forme d'un épaississement mal déterminé à la partie supéro-interne de la tumeur ;

translucidité fréquente du kyste ; indolence absolue de la tumeur ; aspect séreux, couleur citrine du liquide ; cristaux de cholestérine ; absence de spermatozoïdes normaux ou altérés, ou de débris de spermatozoïdes.

Ces kystes doivent être distingués de l'hydrocèle vaginale, d'un kyste hydatique et de l'hydrocèle enkystée du cordon et, comme traitement, la ponction et l'injection iodée sont ordinairement appliquées avec succès.

Au point de vue pathogénique, ces kystes doivent être rangés non dans la catégorie des kystes wolfiens, mais dans une catégorie analogue. Comme eux ils se développent à une époque tardive, en ayant pour point de départ un débris, un reliquat d'un organe de la vie embryonnaire. Ils se développent aux dépens de l'hydatide de Morgagni, reste du canal de Müller. OZENNE.

**Zur Technik der Hämorrhoidalknotenoperation, par N. TRINKLER** (*Centr. f. Chir., n° 30, 1894*)

Trinkler recommande d'associer à toute opération de cure radicale des hémorroïdes, quel que soit d'ailleurs le procédé employé, une section du sphincter externe, qu'il pratique de la façon suivante. L'incision est faite de haut en bas. Le doigt gauche, introduit dans l'anus, détermine la limite supérieure du sphincter externe. A quelques millimètres au-dessus, on commence l'incision qui doit comprendre la muqueuse, la sous-muqueuse et toute l'épaisseur du sphincter ; c'est dire qu'elle sera plus profonde à mesure qu'elle se rapprochera de la peau, où elle se termine.

Cette incision paraît rationnelle à l'auteur, parce qu'elle répond à ce principe essentiel en chirurgie, de condamner l'organe opéré à un repos absolu. Elle a en outre l'avantage de faciliter le traitement ultérieur et de permettre une antisepsie parfaite jusqu'à la guérison complète, de gros tampons de gaze étant alors très bien supportés par l'opéré. Enfin elle prévient tout prolapsus de la muqueuse rectale, en supprimant la possibilité de tout effort. REBLAUB.

**Ueber Resection am Beckenring..... (De la résection de la ceinture pelvienne et en particulier de la résection de l'articulation sacro-iliaque), par Karl CRAMER** (*Archiv f. klin. Chir., XLIII, 3*).

Cramer rapporte 4 observations de tuberculose de la région sacro-iliaque, dans lesquelles Bardenheuer a pratiqué des résections plus ou moins étendues. Les succès ont été assez encourageants, puisque l'un seulement de ces malades est mort, probablement parce qu'il avait été traité trop tard. Les 3 autres malades guérirent complètement. Aucun d'eux ne présenta un trouble quelconque dans la sphère du plexus sacré.

REBLAUB.

**Lipome périostique du fémur d'origine congénitale....., par C. WALTHER** (*Mercredi méd., 9 janvier 1895*).

Enfant de 13 ans offrant depuis 18 mois une augmentation de volume de la cuisse droite avec gêne de la marche. Actuellement elle forme une tumeur

occupant les deux tiers supérieurs de l'os et faisant saillie en avant et sur les parties latérales. Elle est molle, mobile à la partie inférieure, fixe en haut où elle paraît se prolonger dans la profondeur. Située sous le triceps, elle est immobilisée par la contraction du muscle, qui la partage en deux portions.

Les téguments incisés, on tombe sur deux tumeurs encapsulées, siégeant sous le vaste externe et sous le vaste interne, se confondant en haut en une masse allongée qui aboutit à un pédicule fibreux, lequel va s'insérer sur le fémur au-dessus du petit trochanter. La tumeur pèse 1,400 grammes et présente les caractères macroscopiques d'un fibro-lipome. C'est le quatrième exemple connu de lipome périostique du fémur, les trois autres cas ayant été publiés par d'Arcy Power, Angelo Mannoti et Bouilly. OZENNE.

**A monograph on diseases of the breast (sein), par W. Roger WILLIAMS.** (*Un vol., 450 p., Londres, 1894.*)

L'auteur fait au début de son livre une étude anatomique de la mamelle, examinant son développement et surtout son évolution depuis les premières années de l'enfance jusqu'à l'âge le plus avancé. Cette évolution constante de la mamelle pendant toute l'existence semble fort disposer le sein à toute une série d'affections qui peuvent tenir au processus évolutif lui-même, être une complication de ce mouvement vital ou enfin mettre le sein dans un état d'infériorité qui en fait un locus minoris resistentiæ et par suite en butte à toutes les dégénérescences.

Les troubles physiologiques, galactorrhée, agalactie, lactation anormale, sont exposés ainsi que les anomalies de forme, de volume des mamelles.

Mais le livre est presque tout entier consacré au cancer du sein. Les statistiques rapportées ont un intérêt considérable et portent sur un chiffre important. C'est ainsi que l'auteur relève l'augmentation constante de la fréquence du cancer. En 1840 mouraient 2,786 cancéreux soit 177 sur 1,000 habitants. En 1891 on trouve 20,117 morts par cancer soit 692 sur 1,000.

Chacun des points de l'histoire du cancer est ainsi éclairé par des chiffres le plus souvent pris dans la pratique même de l'auteur. Aussi trouve-t-on dans ce livre des documents d'une importance considérable au point de vue de l'étiologie, de la marche et du pronostic non seulement du cancer du sein mais encore de tout cancer.

La thérapeutique est l'ablation précoce de toute la mamelle avec curage complet de l'aisselle. 60 0/0 des morts après l'ablation de la mamelle sont dues à des affections septiques. Dans les quatre grands hôpitaux de Londres, de 1886 à 1890 on a fait 489 ablations du sein avec 46 morts, soit 9,4 0/0 ; dont 14 de septicémie, 9 érysipèles, 6 pyohémies, 2 pleurésies, 2 pneumonies, etc.

Les statistiques sur le bénéfice opératoire ne sont pas moins intéressantes. Sur 30 *opérées* on trouve 40 0/0 de morts avant la fin de l'année, sans compter les morts opératoires. Sur 34 *non opérées* 53 0/0 moururent avant cette même période. La prolongation moyenne de l'existence chez les femmes opérées serait de 16 mois plus grande que celle des non opérées.

Dans les cas d'amputations précoces sur 25 la durée de la vie fut en moyenne de 40,3 mois; la plus courte 7 jours, la plus longue 259 mois.

Au point de vue de la récidive, dans 47 cas la trêve entre la première intervention et la récidive donne 26 mois; la plus longue fut de 130 mois, la plus courte de 2,5 mois.

Après l'étude du cancer, l'auteur fait l'histoire des différentes tumeurs que l'on peut rencontrer dans la mamelle et termine par un chapitre sur les abcès du sein, la tuberculose, la syphilis, la phtisie, le traumatisme, etc. F. VERCHÈRE.

**Della cura chirurgica delle varici, par F. ACCINELLI** (*Il Morgagni, p. 649, novembre 1894*).

Il faut distinguer, dans l'affection variqueuse des membres inférieurs, d'une part les varices généralisées occupant surtout les veines d'origine et secondairement les gros troncs, d'autre part les cas où les gros troncs superficiels et particulièrement la saphène interne forment de gros cordons variqueux. Les premières ne sont pas accessibles aux moyens chirurgicaux ; les secondes justiciables d'une opération portant sur le tronc veineux altéré. Le procédé opératoire d'élection est la résection de la veine. Les méthodes d'exception sont la compression et la ligature sous-cutanée. Ces opérations pratiquées sur la saphène peuvent parfois faire disparaître et toujours améliorent, au moins pour un temps long, les sujets atteints de varices. Mais, pour pouvoir espérer un résultat appréciable au point de vue fonctionnel, la condition nécessaire est que la saphène soit nettement visible, dilatée et la cause, sinon exclusive, du moins prépondérante du développement des varices.

GEORGES THIBIERGE.

**Ligature des vaisseaux de la rate chez une leucémique, par MARCHAND et E. KUESTER** (*Berlin. klin. Woch., n° 35, p. 813, 27 août 1894*).

Femme leucémique chez laquelle Kuester avait pratiqué presque *in extremis* la ligature des vaisseaux spléniques qui fut extrêmement laborieuse vu leurs dimensions énormes. Mort immédiatement après l'opération. Rate pesant 5,600 grammes et ayant 39 centimètres de long sur 23 de large ; sang rouge gris-clair et peu coagulé. La moelle osseuse fut examinée encore vivante en la maintenant dans l'étuve de Pfeiffer. Les grosses cellules uninucléaires, constituant la majeure partie des éléments médullaires, ne présentaient plus que des mouvements très faibles ; en revanche les petits leucocytes multinucléés offraient de vifs mouvements amiboïdes ; les grosses cellules à noyaux géants n'avaient pas éprouvé d'altération de forme. On voyait en outre de petits leucocytes uninucléés, de nombreuses cellules éosinophiles et d'assez nombreuses hématies à noyau. Les cristaux de Neumann et de Charcot s'y trouvaient si petits et si rares qu'ils devaient s'être produits *post mortem*, d'autant mieux que plus tard, on les revit augmentés en nombre et en dimensions, d'une façon notable. A l'intérieur des grosses cellules médullaires, il y avait de nombreux petits cristaux, de taille variée, se colorant par la safranine et l'éosine. Les divisions nucléaires étaient rares aussi bien dans les cellules médullaires que dans les hématies à noyau. J. B.

# OPHTALMOLOGIE.

**Ueber das Vorkommen und die Bedeutung des sogenannten Verschiebungstypus des Gesichtsfeldes (Sur la production et signification du champ visuel à déplacement), par A. PETERS** (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenh.*, *V*, *p. 302*).

L'auteur arrive aux conclusions suivantes : 1° le type « à déplacement » s'observe aussi bien chez les sujets sains que chez ceux atteints de maladies nerveuses et ne peut donc être utilisé comme signe objectif des névroses traumatiques ; 2° il est inexact de considérer ce phénomène comme une expression de la fatigue de l'organe visuel ; 3° le type « à déplacement » indique une insuffisance relative de l'activité nerveuse optique due au passage brusque de l'objet d'une zone mieux innervée à une zone moins innervée ; 4° le rétrécissement concentrique du champ visuel n'a été trouvé qu'assez rarement sur nombre de sujets ayant reçu des traumatismes plus ou moins graves, même si on considère comme normal le champ visuel 90°-60° dans le plan horizontal. Les différences existant à cet égard dans les assertions des auteurs tiennent à la différence des méthodes d'observation et à ce que ceux-ci n'ont pas suffisamment tenu compte du type à déplacement. Il est donc nécessaire d'indiquer la méthode employée. Un seul examen n'a qu'une valeur médiocre, tandis que la constatation répétée d'un rétrécisssement même léger peut avoir une signification importante comme symptôme pathologique.

PIERRE MARIE.

**Stéréoscopie; modèle de stéréoscope clinique, par PARINAUD** (*Annales d'oculist.*, *CXI*, *juin 1894*).

Le champ visuel de ce stéréoscope s'étend à 50 degrés du côté temporal de chaque œil et donne pour le champ binoculaire une étendue de 100 degrés environ. Les images stéréoscopiques pour l'exploration du champ visuel binoculaire sont remplacées par une planchette noircie de 50 centimètres de longueur environ, sur laquelle on colle des figures destinées à assurer l'existence du sectionnement binoculaire pendant l'examen. L'appareil optique est composé de deux lentilles de 4 dioptries et de deux prismes de 10 degrés. Ces deux prismes sont mobiles, de manière à pouvoir être supprimés ou juxtaposés aux lentilles, avec la base du côté temporal ou du côté nasal répondant à certaines indications pour l'application du stéréoscope au traitement du strabisme. Le cadre destiné à recevoir les images stéréoscopiques est mobile le long d'une règle ; ce cadre peut recevoir une planchette sur laquelle on dispose différentes figures, entre autres deux segments de cylindres mobiles autour d'un axe vertical. Sur ces surfaces cylindriques sont dessinées deux figures semblables qui, par leur fusionnement binoculaire, donnent la

sensation d'une pyramide saillante quand les surfaces sont inclinées en dedans, d'une pyramide creuse quand elles sont inclinées au dehors.

ROHMER.

**La myopie scolaire, par DE METS** (*Annales de la Soc. méd. d'Anvers, p. 135, avril 1894*).

De recherches faites sur près de 8,000 enfants, il résulte que la myopie acquise est la plus fréquente et que la myopie congénitale ne constitue qu'une petite minorité. La myopie congénitale, obéissant certainement à des influences ataviques, sera toujours plus fréquente dans les classes adonnées aux études que dans celles vouées au travail manuel.

LEFLAIVE.

**De la sclérectasie nasale dans la myopie, par MASSELON** (*Annales d'oculist., CXII, juillet 1894*).

Dans la grande majorité des yeux myopes, le staphylome ou distension sclérale maxima siège particulièrement au pôle postérieur de l'œil, dont la coque prend ainsi, suivant un axe passant par la fovea, une forme ovoïde plus ou moins accentuée avec le degré de la myopie. Souvent c'est par une courbe insensible et régulière que la coque de l'œil dans sa région postérieure s'achemine vers l'endroit où la distension présente son summum de développement, c'est-à-dire le plus habituellement vers la région de la fovea. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans les hauts degrés de myopie, il n'est pas rare de voir la distension s'accuser brusquement, les parties les plus distendues formant avec celles qui le sont le moins une arête plus ou moins brusque qui dénote l'existence d'une véritable sclérectasie ; c'est ainsi que l'on rencontre encore assez fréquemment à l'examen ophtalmoscopique du côté temporal de la papille, une ligne d'ombre, contiguë à une ligne claire, brillante qui, l'une et l'autre, coupent de haut en bas le staphylome postérieur, à une distance variable du bord externe de la papille, la partie ombrée étant la plus rapprochée de celle-ci, et la zone claire siégeant plus en dehors. On ne confondra pas cette sclérectasie avec un décollement de la rétine ; elle tient, du reste, à un défaut de résistance de la sclérotique. ROHMER.

**Eine Aumerkung über das regelmässig abwechselnde Schielen (Remarques sur le strabisme alternant régulier), par HIRSCHBERG** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juillet 1894*).

Si l'on déplace vers la droite un objet, le long du périmètre, pendant que l'œil droit est en fixation vers 20° ou moins encore, la fixation de cet œil cesse, et c'est le gauche qui entre en action et garde la fixation jusqu'à la limite du champ visuel droit, c'est-à-dire jusque vers 45°. La même chose se produit, en sens contraire, si on renouvelle l'expérience pour l'œil gauche. Si l'on force l'œil droit, après avoir recouvert le gauche, à fixer un point situé à 40°, c'est-à-dire à la limite du champ visuel, puis qu'on découvre subitement le gauche, celui-ci entre tout à coup en fixation. Même chose se produit, en sens inverse, pour le gauche. D'où, en règle générale, on peut conclure que chacun des yeux en strabisme alter-

nant interne évite la vision en dehors; la partie médiane du champ visuel est fixée sans fatigue par chacun des yeux. La répartition de la ténotomie sur chaque œil procure, dans ces cas, tout avantage. ROHMER.

**Zur Ätiologie des Nystagmus, par H. MAGNUS** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., décembre 1893*).

A l'appui de la théorie de Nieden qui prétend que le nystagmus des montagnards est dû à la fatigue des éleveurs, l'auteur cite le cas d'un enfant de deux mois, qui avait du nystagmus chaque fois qu'il élevait les yeux, par exemple, pour regarder les personnes qui se plaçaient à la tête de son berceau; cela proviendrait de ce que l'enfant fixait souvent une lampe pendue au plafond et constituant, même de jour, à peu près le seul éclairage de la pièce; l'enfant fut transporté dans une chambre bien éclairée, et le nystagmus ne tarda pas à disparaître d'une façon irrémédiable. ROHMER.

**Sur les rapports entre la ténonite chez l'homme et la gourme du chien, par E. ZIELINSKI, L. NENCKI et J. KARPINSKI** (*Gaz. lekarska, 29 juin 1894*).

Ziel. a observé 6 cas de ténonite dans la même famille B. L'affection a débuté simultanément chez tous les malades et a présenté les caractères d'un maladie infectieuse; à côté des troubles locaux, exophtalmie, gonflement des paupières et chémosis, il y a des désordres généraux du côté de l'appareil digestif (vomissements, constipation, anorexie); respiratoire (laryngo-bronchite, pneumonie); du système nerveux (faiblesse générale, céphalée, apathie) et enfin de la fièvre qui a duré de 3 à 12 jours. Dans la sécrétion conjonctivale, on a trouvé chez trois malades le même staphylocoque. Une dame ayant passé quelque temps dans cette famille, rentrée chez elle, présenta la même maladie et de plus la communiqua à son père. Le chien de la famille B. a présenté une affection que les vétérinaires diagnostiquèrent comme étant la gourme des chiens. Or, ce chien donna un staphylocoque en tous points semblable au staphylocoque retiré chez les malades, et se distinguant du staph. albus par la propriété de décomposer le sucre et de peptoniser l'albumine; d'autre part, ce microbe est identique avec celui que Marconi et Maloni ont trouvé chez des chiens malades. L'inoculation des cultures de cet organisme dans le sac conjonctival de bouledogues a produit une maladie analogue à la gourme des chiens et à l'affection observée chez l'homme.

Les auteurs concluent que la gourme des chiens est transmissible à l'homme, qu'elle est produite par un staphylocoque voisin du staphylocoque pyogène, mais non identique avec celui-ci; enfin que la ténonite chez l'homme peut résulter parfois d'une infection par la gourme canine.

H. FRENKEL.

**Contribution clinique à l'étude de la ténonite, par A. MAZZA** (*Revue gén. d'opht. octobre 1894*).

L'auteur rapporte plusieurs observations de ténonites dues à des causes générales (arthritisme, goutte, rhumatismes, etc.) différentes, mais, en définitive, tout à fait concordantes. Dans toutes, on a la symptomatologie

caractéristique de la douleur croissant avec les mouvements des yeux, de l'enflure des paupières avec effacement plus ou moins considérable du sillon orbito-palpébral, de l'exophtalmie, de l'œdème séreux, qui permettent de diagnostiquer avec sûreté la ténonite, y compris la résolution sans formation d'abcès. Il ne faut pas attendre les manifestations de troubles fonctionnels ou circulatoires ou d'altérations de quelques tissus pour intervenir avec d'abondantes saignées à la tempe ou d'amples débridements du côté de la conjonctive en excisant toutes les parties chémotiques, sans se limiter à ouvrir simplement dans quelques points la capsule comme le propose Sédan. Avec ces moyens, on empêche plus sûrement l'engorgement soit postérieur, soit antérieur, et, s'il existe déjà, on a un dégorgement très grand, empêchant ainsi toute compression sur le nerf optique et tout trouble de nutrition dans les parties antérieures. ROHMER.

**Eine Modification der Ptosisoperation, par PESCHEL** (*Centralbl. f. prakt. Augenh. octobre 1894*).

L'auteur rattacha les paupières supérieures au muscle frontal en passant simplement trois fils sous la peau, qui allaient depuis ce muscle jusqu'au cartilage tarse qu'ils englobaient ; les fils restèrent 24 jours en place et le résultat fut satisfaisant ; il est vrai que les globes oculaires étaient eux-mêmes abaissés, ce qui permit sans doute d'utiliser le relèvement léger des paupières qui eût été insuffisant en tout autre cas. ROHMER.

**Dacryoadénite double d'origine amygdalienne, par PANAS** (*Semaine méd., 23 janvier 1895*).

Relation d'un cas de dacryoadénite double survenue chez un homme de 25 ans, à la suite d'une amygdalite aiguë, trois semaines environ après. A son entrée à l'hôpital, il existe encore une angine avec sécrétion purulente, un coryza assez intense avec écoulement muco-purulent. Dans le pus on trouve des staphylocoques. Le malade était bien portant auparavant. Pas de syphilis, de tuberculose ; ni sucre, ni albumine dans l'urine.

P. rattache cette dacryoadénite à l'infection de la gorge et discute le diagnostic des lésions des glandes lacrymales. A. CARTAZ.

**Conjonctivite lacrymale à pneumocoques des nouveau-nés, par H. PARINAUD** (*Annales d'oculist., décembre 1894*).

Cette affection, bien distincte de l'ophtalmie ordinaire des nouveau-nés avec laquelle on la confond, débute dans les premiers jours qui suivent la naissance, atteint le plus souvent les deux yeux soit successivement, soit simultanément. Les symptômes de l'ophtalmie sont peu accusés, mais elle persiste parfois d'une manière désespérante ; il n'est pas rare qu'elle guérisse facilement dans un œil et persiste indéfiniment dans l'autre, en prenant les caractères d'une conjonctivite lacrymale.

L'obstruction du canal nasal est en effet fréquente dans cette conjonctivite ; mais elle n'est pas primitive, elle résulte de l'inflammation de la muqueuse du canal, se transmettant soit de la conjonctive, soit, ce qui est plus vraisemblable, de la muqueuse nasale. On constate le plus souvent un certain degré de coryza.

Un fait domine la pathogénie de cette conjonctivite, qui a son origine,

comme la conjonctivite à gonocoques, dans l'infection vaginale, c'est la présence du pneumocoque. Dans une dizaine de cas, ce microbe a été trouvé en abondance; par contre, le gonocoque et le bacille de Weeks faisaient totalement défaut.

La guérison s'obtient parfois très facilement avec le nitrate d'argent et les lotions. Quand l'affection persiste à l'état de conjonctivite lacrymale, il faut temporiser. La perméabilité des voies lacrymales peut se rétablir spontanément. Le cathétérisme ne devra pas être pratiqué avant la seconde année, sauf urgence. ROHMER.

**Ueber den Keningehalt des Bindehautsackes..... (Les germes des culs-de-sac conjonctivaux, leur multiplication naturelle et artificielle, ainsi que la valeur antiseptique des pommades oculaires, par BACH** (*Graefe's Archiv f. Ophth.*, *XL*, *3*).

L'auteur a cultivé 27 espèces de microorganismes tombés de l'air dans les culs-de-sac; dans la grande majorité des cas, le contact des larmes diminua ou annihila la vitalité des germes; toutefois cette action n'est pas constante; la solution physiologique, l'eau distillée et l'eau de source ont une action identique; l'humeur aqueuse et le vitré n'entravent pas le développement du staphylococcus pyogenes. La culture faite avant et après nettoyage des culs-de-sac, montre que le nettoyage avec une solution indifférente produit une diminution des germes des culs-de-sac et des bords libres dans un plus grand nombre de cas que par l'emploi d'une solution antiseptique. Sous un pansement l'augmentation des microbes est plus forte que sans un pansement. Le nombre de microorganismes est indifférent pour la guérison des plaies de la cornée et de la sclérotique. Les pommades au précipité jaune, au sublimé, au sulfate de cuivre, à l'iodoforme et à l'acide borique peuvent rendre les culs-de-sac stériles. ROHMER.

**Ueber Ätzung des Skleralbindehaut (De l'excitation de la conjonctive scléroticale), par KUGEL** (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XL*, *3*).

Dans des cas d'infiltration ou d'ulcération torpide de la cornée, l'auteur a obtenu des résultats très satisfaisants par des cautérisations de la conjonctive qui recouvre la sclérotique. A la première séance, le crayon mitigé de nitrate d'argent est appliqué sur une zone de 3 millimètres de largeur, concentriquement par rapport à la cornée et sur un point contigu au limbe. Si la réaction n'est pas suffisante, la cautérisation suivante sera plus étendue, jusqu'au cul-de-sac, s'il est nécessaire. Cette application est suivie d'une forte et prompte vascularisation des parties malades de la cornée. ROHMER.

**Étude sur la contagiosité de la conjonctivite granuleuse en Algérie, par VIGER** (*Annales d'oculist.*, *CXII*, *juillet 1894*).

L'auteur n'admet pas l'influence de l'altitude pour la fréquence des granulations. La propreté, non plus, ne constitue pas une barrière infranchissable à la contagion intra-familiale du trachome, s'il se trouve en contact du malade des sujets en état de réceptivité, mais il semble indispensable que ce contact soit fréquent et très prolongé ; la transmission

des granulations des enfants aux parents est extrêmement fréquente et dans une proportion qui atteint 50 0/0. La mère est presque invariablement la seule contagionnée ; le père, s'il ne s'y montre pas réfractaire, n'y est que fort peu accessible. Il faut rechercher sans doute l'explication de ce fait dans la nature de son travail, de son commerce, de son état, qui le maintenant la journée presqu'entière hors de sa demeure diminue très notablement ses chances d'infection. Le germe est généralement importé dans la famille par un des enfants qui fréquente à l'école de petits camarades malades ; la mère n'échappe que très rarement à l'effet pernicieux du contact ; le père en reste indemne dans l'immense majorité des cas soit par suite de sa vie au grand air, soit à cause de la résistance plus accentuée de son épithélium ; elle est en effet très accusée chez l'homme adulte et il faut une contamination portée au summum mais prolongée ou un état de réciptivité accidentel pour qu'il en soit victime. ROHMER.

**Ueber den Werth der mecanischen und chirurgischen Heilmethoden des chronischen Trachoms (Valeur des méthodes de traitement mécaniques et chirurgicales du trachome chronique), par PERGENS** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., mai 1894*).

L'auteur prend le massage comme type du traitement mécanique, l'excision comme celui du traitement chirurgical ; l'expression avec les doigts, avec les pinces fenétrées ou autres, rentrent dans le traitement mécanique ; l'arrachement des granulations avec des instruments coupants, feuilles de figuier, aiguilles, curettes, pierre ponce, brosses diverses, sont des interventions plus chirurgicales ; à plus forte raison, quand on pratique l'antisepsie en plus comme Manolescu, ou les scarifications comme Abadie. L'auteur a examiné au microscope des morceaux de tarse excisés avant le traitement, et d'autres enlevés immédiatement après : le massage, l'expression avec les doigts, ne vident que partiellement les follicules. Le brossage et les scarifications séparées agissent déjà mieux; mais toutes ces méthodes ne guérissent pas ; elles hâtent le cours naturel de la maladie, en ce que les follicules sont vidés plus tôt et se cicatrisent plus vite, et en ce que l'inflammation consécutive favorise la résorption. Ce n'est donc là qu'une guérison relative, car la récidive se produit souvent.

ROHMER.

**De l'emploi du pétrole brut dans les conjonctivites, par L. DUBAR** (*Thèse de Paris 1894*).

Le pétrole brut est un médicament intérimaire de premier ordre et prépare l'action de médicaments plus actifs ; il n'est pas d'un emploi douloureux comme ceux-ci. Son odeur n'est pas désagréable, il n'est jamais nuisible et agit très favorablement même lorsque les cornées sont atteintes. Son mode d'emploi est des plus simples. Il convient à toutes les conjonctivites catarrhales et aux conjonctivites diptheritiques, aux formes aiguës réactionnelles de la conjonctivite granuleuse ; c'est un bon adjuvant dans la conjonctivite purulente. Dans ces différents cas son action est plus lente qu'avec les médicaments actuels. ROHMER.

**Ueber die eitrige metastatiche Ophthalmie besonders ihre Ätiologie und prognostiche Bedeutung, par AXENFELD** (*Graefe's Arch. f. Ophth., XL, 3*).

L'auteur étudie ce processus dans la fièvre puerpérale, ainsi que dans la pyohémie chirurgicale et infectieuse, ainsi que dans les maladies sans cause connue, l'ophtalmie métastatique comme seule métastase connue, l'ophtalmie à pneumocoques, la méningite cérébro-spinale épidémique ; c'est toujours par les capillaires que les microorganismes ont pénétré jusqu'à l'orbite et dans l'œil; ce qu'il y a de curieux c'est que les autres branches de l'artère ophtalmique sont moins souvent « cœcatices », par exemple, celles qui vont dans l'orbite et la face. La signification de ces ophtalmies est très fâcheuse, car elle montre que l'infection pénètre facilement dans les plus fins capillaires. ROHMER.

**Note sur l'ophtalmie des nouveau-nés, par ROHMER** (*Annales d'oculist., décembre 1894*).

Après avoir signalé la fréquence relative de l'ophtalmie des nouveau-nés et insisté surtout sur l'extrême gravité de certaines qui occasionnent la perte de l'œil malgré le traitement le plus énergique, l'auteur insiste sur la difficulté qu'il y a à faire donner les soins nécessaires dans les familles; il a constaté que ni le nitrate d'argent pur, ni la solution de ce sel à 1/50, ne constituent de panacée certaine contre l'ophtalmie des nouveau-nés, et se montre tout disposé à recourir exclusivement aux lavages fréquents et abondants; peu importe la substance préconisée, pourvu qu'elle se montre efficace. R.

**Dégénérescence amyloïde de la conjonctive, par KRUCH et FUMAGALLI** (*Annales d'oculist., juillet 1894*).

La dégénérescence amyloïde de la conjonctive de l'homme peut être indépendante des divers processus d'inflammation qui l'ont précédée dans la conjonctive même. La dégénérescence existe comme processus simplement local, sans avoir de rapport avec l'état général du sujet; l'excision, même partielle, du tissu dégénéré améliore l'état local et peut conduire à la guérison. A la production de la substance amyloïde contribuent pour la très grande part, les éléments du tissu conjonctif sous-conjonctival. Les vaisseaux ne représentent pas le point de départ de la dégénérescence. Dans le tissu dégénéré on peut constater la présence de deux microbes avec les caractères de l'inflammation chronique. Si ces résultats ne démontrent pas d'une manière absolue la nature microbienne de la maladie, ils nous permettent de formuler, sur l'étiologie, une hypothèse que des études, des recherches et des expériences ultérieures pourront confirmer. ROHMER.

**Ueber subconjonctival Sublimäteinspritzungen (Injections sous-conjonctivales de sublimé), par CEPNER** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., janvier 1894*).

L'auteur est grand partisan de la méthode chaque fois qu'il s'agit de détruire des germes nuisibles, surtout les inflammations aiguës de la cornée et de l'iris, et, d'une façon générale, chaque fois qu'il s'agit d'ap-

pliquer un traitement mercuriel général. Il cite des observations d'ulcères de la cornée avec hypopion, de kératite parenchymateuse, de sclérite, d'iritis, de choroïdite, de rétinite pigmentaire, guéries ou améliorées par l'emploi de la méthode de Darier. La technique ne diffère en rien de celle recommandée par notre compatriote. ROHMER.

**Encore les injections sous-conjonctivales; théorie, pratique, indications, contre-indications, par DARIER** (*Annales d'oculist., décembre 1894*).

A propos d'un travail de Mutermilch sur ce sujet, l'auteur répond aux objections qui lui ont été faites de tous côtés, les uns prétendant que la méthode agit par suggestion, d'autres niant la possibilité pour le mercure de pénétrer dans l'œil, le sublimé se transformant en albuminate peu soluble ; Darier prétend qu'avec les solutions faibles, on a pu déceler par l'électrolyse la présence du mercure dans l'humeur aqueuse et le corps vitré. Pour lui, le remède agit surtout grâce à la puissance antiseptique du mercure pénétrant dans l'œil en aussi faible quantité que ce soit (1/1000 de milligramme). Il passe ensuite en revue les diverses affections contre lesquelles les injections sous-conjonctivales ont été employées, et sans en faire une panacée, il estime que ce traitement est un adjuvant énergique et rapide, et en tout cas, jamais nuisible, s'il est judicieusement employé. ROHMER.

**Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Anatomie der polypoiden Neubildungen der Conjonctiva, par ZIMMERMANN** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheil., décembre 1894*).

Dans un cas, il s'agissait d'une tumeur qui, cliniquement, aurait pu être prise pour un papillome, mais que le microscope révéla être de nature tuberculeuse ; l'auteur pense que le malade s'est infecté en se frottant l'œil enflammé ; on ne dit pas si lui-même était tuberculeux.

Dans un second cas, il s'agit d'un papillome, provoqué sans doute par la piqûre d'un brin de paille.

Enfin, chez un troisième malade, il y avait un fibrome mou, vasculaire, à éléments histologiques jeunes ; il s'était produit chez ce malade une hémorragie spontanée, ainsi qu'au moment de l'opération, que la structure de la tumeur n'arrive pas à expliquer. ROHMER.

**Klinische Beiträge zur Lehre von der Keratitis neuro-paralytica, par KUTHE** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., octobre 1894*).

Il s'agit d'un individu de 41 ans qui, à la suite d'un traumatisme à la tête, fut atteint de kératite neuro-paralytique de l'œil droit ; on conclut à une lésion traumatique du trijumeau droit, de l'abducteur, de l'olfactif et de l'hypoglosse à la base du crâne, étant donnés les symptômes observés chez le malade ; son œil étant resté sans bandeau pendant huit jours, on vit apparaître les premiers symptomes de la kératite entre les bords des paupières ; plus tard apparut la suppuration, le tout déterminé par l'interruption des voies de communication de la conductibilité nerveuse centrale. ROHMER.

**Hat der Lenticonus seinen Grund in einer Anomalie der hinteren Linsenfläche? (Le lenticonus a-t-il son origine dans une anomalie de la surface postérieure de la lentille?), par L. MUELLER** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., juin 1894*).

De ses recherches, l'auteur arrive à conclure qu'il y a des cristallins qui, dans une certaine zone entourant l'axe principal, réfractent plus fortement la lumière que dans la partie qui avoisine l'équateur de la lentille; d'autrefois, c'est le contraire qui s'observe. La différence de réfraction est variable, depuis quelques dioptries jusque 24 D. Quand on trouve une cataracte polaire postérieure ou toute autre opacité congénitale vers la face postérieure (avec ou sans persistance de l'artère hyaloïdienne), la malformation du cristallin est congénitale aussi et tient à une courbure anormale de la face postérieure de la lentille (lenticonus postérieur). D'autres fois, c'est la face antérieure qui est conique (lenticonus antérieur). Dans une autre série de faits, on trouve des structures anormales, telles que fentes ou colobomes de la lentille. ROHMER.

**Action des toxines sur la sécrétion lacrymale; pathogénie de la kératomalacie survenant dans les maladies infectieuses, par E. BERGER** (*Rev. gén. d'opht., 31 mai 1894*).

La sécheresse de la conjonctive dans la fièvre typhoïde, le choléra, est due, d'après l'auteur, à une parésie des nerfs sécréteurs de la glande lacrymale et des autres glandes sécrétant le liquide lacrymal, parésie due à l'action des toxines de ces maladies infectieuses; il se produit alors des fêlures des couches superficielles de l'épithélium: l'infection de la cornée est alors favorisée par les staphylocoques et streptocoques se trouvant dans le sac conjonctival, même à l'état normal; d'ailleurs, en présence d'une diminution de la sécrétion lacrymale, la pullulation de certains microbes pathogènes est favorisée. Pour éviter la kératomalacie dans une maladie infectieuse, il faut toujours bien surveiller l'état d'humidité de la cornée et du sac conjonctival et, au besoin, y instiller une solution de chlorure de sodium à 4 0/00, ou appliquer un bandeau aussitôt que la sécheresse du globe présente un certain degré. ROHMER.

**Quelques études ultérieures sur la correction exacte des vices de réfraction dans l'iritis plastique, par OLIVER** (*Annales d'oculist., décembre 1894*).

Depuis sa première publication sur les changements de réfraction dans le cours de l'iritis plastique, le hasard a permis à l'auteur de déterminer la cause de l'augmentation de l'amétropie observée dans ces cas. A l'aide de l'ophtalmomètre d'Helmholtz, l'auteur a montré qu'il ne s'agissait ni d'augmentation de densité ou de volume des liquides intra-oculaires, ni de changements de l'indice de réfraction des milieux réfringents, mais d'un changement de réfraction du cristallin dû à un spasme tonique du muscle ciliaire ou à une infiltration du corps ciliaire. Dans tous les cas on instilla successivement de l'atropine et de l'ésérine avant de procéder à la détermination de la correction optique. ROHMER.

**Pseudogomma Iridis auf traumatischer Basis (Pseudogomme de l'iris provoquée par un traumatisme), par WICHERKIEWICZ** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *août 1894*).

Un individu de 35 ans, sans antécédents héréditaires ou pathologiques, se présente avec une petite tumeur située à la partie inférieure de l'iris, de laquelle partent deux petites synéchies; l'iris est un peu verdâtre et un peu hyperémié dans sa moitié inférieure; pas de syphilis; sublimé, atropine, et bandage occlusif; au bout d'un mois de ce traitement, tous les symptômes avaient disparu, sauf une petite tache qui persista à l'endroit où était la tumeur. V = normale. En examinant à la loupe, on découvrit un corps étranger brillant qui fait saillie dans la chambre antérieure, à l'endroit où persista la trace de la tumeur disparue; c'est alors seulement que le malade se rappelle avoir reçu, six semaines auparavant, un débris de capsule dans l'œil, auquel il ne fit pas attention. L'auteur cite un second cas dans lequel, chez un enfant, un corps étranger resta pendant 10 ans enclavé dans l'iris, puis un jour se manifesta par un exsudat, qui disparut dans les mêmes conditions que précédemment; on fit une iridectomie, et le corps étranger put être enlevé. Comme étiologie de ces gommes, l'auteur pense que le corps étranger était infecté, ou qu'il avait entraîné de la surface cornéenne des germes infectieux.

ROHMER.

**Ueber recidivirende intraoculare Blutungen bedingt durch einen Tumor (Hémorragies intra-oculaires récidivantes occasionnées par une tumeur), par HIPPEL** (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XL*, *4*).

L'auteur donne les résultats de l'examen microscopique de deux yeux atteints de mélanosarcome de l'iris et de la choroïde et dans lesquels il s'était fait une hémorragie abondante répétée; les tissus des deux yeux étaient dans un état de désorganisation considérable; l'un d'eux avait une ossification de la choroïde; dans le caillot on trouvait une substance assez homogène, d'aspect colloïde, donnant la réaction caractéristique de la substance amyloïde; il s'agit là évidemment d'une transformation de la fibrine; ce serait l'analogue des corpuscules d'amidon trouvés par Friedreich dans les hémorragies pulmonaires, ou encore dans des kystes hémorragiques, ou encore dans certains cylindres rénaux. ROHMER.

**Praktische Rathscläge zur Staaroperation für angehende Augenärzte (Conseils pratiques aux jeunes opérateurs pour l'opération de la cataracte), par PAGENSTECHER** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *novembre 1894*).

C'est pour aider le débutant au milieu des nombreuses méthodes préconisées que l'auteur donne les conseils suivants : ne pas opérer en cas de fièvre, éviter les foyers d'infection voisins et les troubles sympathiques pouvant venir de l'autre œil déjà perdu; n'opérer que des cataractes mûres; faire une antisepsie complète du champ opératoire et des instruments; écartement des paupières, fixation du globe, et incision de 1/3 de la cornée; toujours iridectomie; discission de la capsule dans différentes directions; extraction de la lentille et des débris; pas de lavages de la chambre antérieure. S'il se présente une hernie de l'iris avant la sortie du cristallin, extraire celui-ci avec la curette ou l'anse; n'employer que des objets stérilisés pour le pansement; ne faire une discission secondaire que

sur des yeux non enflammés ; n'introduire l'aiguille qu'à travers la sclérotique et non la cornée. ROHMER.

**Ein neues Verfahren der Kapsel-Entfernung bei Star-Operationen (Un nouveau procédé d'ablation de la capsule pendant l'opération de la cataracte), par BIRNBACHER** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mars 1894*).

L'auteur se sert d'un petit couteau à extrémité arrondie, mais tranchant des deux côtés, courbé sur le plat, qu'il introduit après excision de l'iris, et qu'il promène à plat d'un côté à l'autre du colobome irien en effleurant l'iris ; il détache ainsi un lambeau cristalloïdien très large, qu'il suffit d'enlever avec la pince ; il prétend ainsi ne produire ni luxation du cristallin, ni blessure de l'iris ; il trouve plus d'avantages à cette façon de faire, qu'en employant n'importe quel kystitome ; il opère toujours avec iridectomie, mais pense qu'on pourrait aussi employer son couteau sans exciser l'iris. ROHMER.

**Ueber die Entstehung des Schichtstaares (Pathogénie de la cataracte zonulaire), par PETERS** (*Graefe's Arch. f. Ophth., XL, 3*).

L'auteur explique l'origine des cataractes nucléaires et zonulaires par une affection du noyau du cristallin entraînant un ratatinement des parties centrales du cristallin ; tandis que Schermer considère la cataracte zonulaire comme le vestige d'une cataracte totale ayant existé pendant la vie intra-utérine ou pendant la première période de la vie extra-utérine.

ROHMER.

**Casuistischer Beitrag zur Lehre des Schichtstaares (De la cataracte), par PURTSCHER** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., février 1894*).

Beaucoup de troubles cristalliniens, totaux ou partiels, doivent être rapportés non seulement aux premiers temps de l'existence, mais même à la vie intra-utérine. Pour la cataracte stratifiée en général, les auteurs admettent des troubles de nutrition qui font que de nouvelles couches s'opacifient par dessus les premières, en commençant par les plus périphériques qui sont ensuite repoussées vers le centre. Anatomiquement, il se ferait une rétraction du noyau, d'où formation de fentes entre le noyau et les couches corticales. L'action d'un agent chimique limité est difficile à admettre, sans qu'il se diffusât immédiatement dans toute la lentille. L'auteur croit plutôt à une anomalie de développement en rapport avec d'autres malformations. Pour les cataractes extra-utérines, les causes mécaniques pourraient peut-être intervenir, telles que l'accommodation, le spasme du muscle ciliaire. ROHMER.

**Ueber typische Violettblindheit bei Retinitis albuminurica (Cécité pour le violet dans la rétinite albuminurique), par SIMON** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mai 1894*).

L'auteur cite plusieurs observations de malades atteints de rétinite albuminurique chez lesquels la perception des couleurs était altérée, le symptôme essentiel était toujours que le bleu était pris pour du vert ; à cela, il peut y avoir deux raisons : d'une part, il peut se trouver au-devant des

couches rétiniennes qui perçoivent la lumière un milieu qui absorbe les rayons bleus et violets, de telle sorte que seuls les rayons bleus toujours mélangés au vert des laines d'épreuve parviennent aux cônes et bâtonnets pour y provoquer une impression. D'autre part, il peut se faire que la substance visuelle chargée de percevoir le bleu a subi une altération telle qu'elle n'est plus ou presque plus impressionnée par les vibrations de l'éther. ROHMER.

**Zur Iodinjection bei Netzhautablösung (Injections de teinture d'iode contre le décollement de la rétine), par SCHŒLER** (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, *décembre 1894*).

L'auteur critique un travail expérimental de Wolff et rappelle avec insistance l'importance qu'il y a à faire l'injection dans l'espace prérétinien entre le corps vitré décollé et la rétine. Il rappelle en outre cinq cas qui ont été traités par lui, il y a cinq ans, et dont la guérison est restée parfaite. ROHMER.

**De la chorio-rétinite, par ABADIE** (*Revue gén. d'opht.*, *septembre 1894*).

Fréquente depuis l'adolescence jusqu'à l'âge mûr, cette maladie, souvent méconnue, produit au fond de l'œil, dans toute son étendue, de nombreux foyers s'enchevêtrant les uns dans les autres avec un trouble fonctionnel presque nul et une vision presque intacte. D'autres fois, au contraire, l'image du fond de l'œil est à peine altérée et la vision est pourtant très compromise et le pronostic grave. La gravité de la maladie dépend surtout de la part que prend l'extrémité intra-oculaire du nerf optique, la papille, au processus morbide; celui-ci peut aller jusqu'à l'atrophie, justiciable cependant d'un traitement efficace, contrairement aux atrophies d'origine cérébrale ou médullaire. La syphilis est souvent en cause ; aussi les injections sous-cutanées de sublimé, de peptonate ou de cyanure d'hydrargyre sont-elles le traitement de choix de la chorio-rétinite; quant à l'iodure de potassium, il est manifestement nuisible. ROHMER.

**Zur Kenntniss der Netzhautveränderungen bei septischen allgemein leiden (Contribution à l'étude des altérations de la rétine dues à une infection septique générale), par HERRNHEISER** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *mai 1894*).

Les altérations rétiniennes, telles qu'on les trouve dans les processus septiques, ne doivent pas être attribuées à une action locale des bactéries, mais à une autre cause qui réside peut-être dans un trouble de nutrition des tissus provoqué par l'intoxication ; la chorio-rétinite métastatique, au contraire, est une inflammation grave due à l'invasion des bactéries.

De ses recherches, l'auteur arrive à conclure que : 1° bon nombre de malades chez lesquels les altérations rétiniennes sont dues à la sepsie, ont guéri totalement ; 2° les hémorragies se produisent peu après l'éclosion de la maladie générale ; ce fait avait déjà été mis en lumière depuis, mais avait été oublié. ROHMER.

**Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Anatomie der Embolie der Centralarterie, par WAGENMANN** (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XL*, *3*).

Il s'agissait d'une embolie d'origine cardiaque, survenue un an avant la mort d'une femme de 45 ans ; au microscope on peut constater le rétablissement partiel de la circulation déjà vu à l'ophtalmoscope ; le caillot est situé juste derrière la lame criblée ; entre le caillot et la paroi du vaisseau est un espace tapissé de cellules endothéliales, dû à une dilatation secondaire du vaisseau. Le nerf optique est atrophié ; dans la rétine, les fibres nerveuses et les cellules glanglionnaires, la couche moléculaire et la couche intergranuleuse font complètement défaut. A la place de la couche granuleuse interne on trouve une couche simple de grains, constituée par les noyaux des fibres de soutien. Les fibres de soutien de ces couches sont sclérosées et rétrécies. Les couches externes de la rétine ne sont guère altérées. ROHMER

**Beitrag zur Alterstatistik des Glaucoms (Contribution à l'étude de l'âge des malades atteints de glaucome), par NEUBURGER** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *juin 1894*).

De l'étude de 282 cas de glaucome, l'auteur déduit que : dans la première période décennale de la vie le glaucome est plus fréquent que dans les périodes correspondantes suivantes ; puis, la fréquence diminue, pour s'accroître régulièrement à partir de 40 ans. Par rapport au sexe, l'affection serait plus fréquente chez la femme : pour 100 hommes entre 40 et 70 ans, on voit 122 femmes atteintes ; au delà de cet âge, la proportion est de 100 hommes pour 129 et même 175 femmes. ROHMER.

**Sur le mécanisme d'action de l'iridectomie dans le glaucome, par DE VINCENTIIS** (*Revue gén. d'opht.*, *novembre 1894*).

L'auteur place l'iridectomie dans le glaucome, bien au-dessus de la sclérotomie et de la cicatrice à filtration. Pour lui, lorsque, dans l'iridectomie, on tire au dehors un secteur de l'iris, le reste du diaphragme iridien subit une traction dont on a la preuve, dans la plupart des cas, par le déplacement qui se manifeste, dans le même sens, sur le bord papillaire contigu et même opposé au secteur de l'iris qui a été attiré, et encore par la dialyse qui se produit quelquefois à la suite de cette opération. Cette traction est naturellement ressentie par la base de l'iris, et par le tissu qui y est attaché, tissu de l'angle iridien, lequel, par conséquent, sera distendu et étiré comme par une force centripète, et à un degré différent et proportionnel à celui de la traction au dehors du secteur de l'iris et de sa largeur. Mais dans l'iridectomie exécutée dans un but antiglaucomateux, il faut admettre qu'un autre facteur encore entre en jeu ; c'est le déploiement du tissu de l'angle iridien, soit parce que la traction du secteur de l'iris agit sur cette membrane, à travers une blessure périphérique sclérale, soit parce que, dans le glaucome, ce tissu, sauf exceptions, se trouve rétréci à un tel point, que quelquefois il se produit une synéchie antérieure périphérique, plus ou moins complète. ROHMER.

**Ueber Heilung von Stauungspapillen (Guérison de la stase papillaire), par M. PERLES** (*Centralbl. f. prakt. Augenkeilk., octobre 1893*).

Plusieurs auteurs ont exprimé l'avis que la stase papillaire pouvait guérir; d'après Perles, même les papilles fortement œdématiées, avec des saillies de 2 millimètres, peuvent guérir sans traces ophtalmoscopiques ou fonctionnelles, quand leur cause est supprimée à un moment où il n'y a eu encore aucun trouble persistant ni de la vision, ni du champ visuel; dans la plupart des cas, il s'agit, du côté du système nerveux, de productions gommeuses. L'essentiel c'est que l'artère centrale de la rétine, avec ses branches, n'ait subi encore aucune lésion persistante. Les fibres nerveuses supportent longtemps l'œdème, sans qu'après sa disparition on puisse constater leur altération. Si le traitement mercuriel n'a pas donné de résultats, on peut encore par une intervention chirurgicale supprimer la cause de la stase papillaire, si la localisation est bien nette; tels sont les cas de cysticerque du cerveau, d'hydrocéphalie interne ponctionnés, ou d'ablation d'une hernie du cerveau. Il est évident, qu'arrivée au stade d'atrophie, la lésion du nerf optique ne peut plus arriver à guérison. Les névrites toxiques ou infectieuses sont aussi bien susceptibles de régression.

ROHMER.

**Les gommes précoces du corps ciliaire, par TERSON** (*Arch. gén. de med., octobre 1894*).

Les gommes du corps ciliaire peuvent être extrêmement précoces. Dans un fait observé par Terson, elles se sont développées deux mois à peine après la terminaison du chancre primitif. Elles sont fréquemment accompagnées de symptômes secondaires et tertiaires. Le traitement antisyphilitique, dont le mercure forme la base essentielle, doit être institué avec vigueur, car ces lésions peuvent amener rapidement la perte de l'œil.

RICHARDIÈRE.

**Ein Fall von recidivirender selbständiger Neuritis retrobulbaris, par A. MOLL** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., septembre 1894*).

Il s'agit d'un jeune homme de 15 ans, qui put être observé pendant 4 ans, de famille saine, chez lequel on put éliminer avec certitude tout élément infectieux ou toxique, et qui, avec l'apparence de la névrite rétro-bulbaire, fut atteint successivement aux deux yeux; en l'espace de 4 ans, il eut trois récidives qui frappèrent l'œil gauche, et, dans l'intervalle, laissaient une fonction absolument normale, tandis que l'ophtalmoscope, à la fin de chaque atteinte aiguë, montrait une papille atrophique, blanche et excavée. Ce qu'il y a de curieux dans ce cas, ce sont les récidives survenant sans altération apparente à l'ophtalmoscope. L'auteur se prononce en faveur d'une périostite du foramen optique.

ROHMER.

**Anatomischer Befund von zwei sympathisirenden Augen, darmter eins mit Cysticercus intra-ocularis (Examen anatomique de deux yeux sympathisants, dont l'un renfermait un cysticerque intra-oculaire), par PINCUS** (*Graefe's Arch. für Ophth., XL, 4*).

Il faut attribuer une signification particulière pour la pathogénie de l'ophtalmie sympathique, aux yeux sur lesquels on a pu observer des

lésions inflammatoires ou une irritation des nerfs ciliaires sans perforation du bulbe, partant sans possibilité d'infection ectogène; mais ces cas sont rares, et c'est surtout après ouverture du globe, concomitamment avec un cysticerque intra-oculaire qu'on a observé ces accidents. L'auteur a vu deux cas de ce genre, dans lesquels, l'un ayant été opéré de cataracte, l'autre blessé accidentellement, il se produisit une infection des plaies et une ophtalmie sympathique; l'examen microscopique montra la présence de cysticerques sous-rétiniens, en même temps que des traînées de bacilles qui, partant de la plaie, gagnaient la gaine du nerf optique et l'espace de Ténon; ces faits semblent donc confirmer les idées de Deutschmann. ROHMER.

**Schevund markhaltiger Nervenfasern in der Retina..... (Atrophie de fibres nerveuses rétiniennes à double contour à la suite de l'atrophie grise du nerf optique dans le tabes), par WAGENMANN** (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XL*, *4*).

L'auteur a eu occasion de suivre le développement d'une atrophie grise tabétique dans un œil dans lequel il existait au bord papillaire en dehors et en bas un secteur typique de fibres nerveuses à double contour. Le malade perdit la vue deux ans après le début des accidents. Déjà, 8 mois auparavant, l'auteur avait constaté la disparition des fibres opaques dans le meilleur œil et qui avait jusque-là présenté cette anomalie congénitale; l'acuité visuelle était alors de 1/10; le champ visuel montrait un rétrécissement à l'endroit qui correspondait aux fibres opaques disparues. Ce n'est que quelques mois plus tard que le défaut du champ visuel s'étendait sous forme d'un secteur jusqu'au point de fixation.

L'auteur en conclut que malgré la perte de leur gaine myélinique les fibres nerveuses peuvent encore fonctionner plus ou moins bien. De plus, il fait observer que l'atrophie de la gaine myélinique des fibres nerveuses rétiniennes prouve que le processus dégénératif s'est assez tôt propagé jusque dans l'œil et que l'on a tort de considérer dans tous les cas de tabes l'atrophie grise de la papille et l'atrophie de la couche des fibres nerveuses comme une simple atrophie descendante. ROHMER.

**Beitrag zur Ophthalmoplegie im frühen Kindesalter (Contribution à l'ophtalmoplégie dans la première enfance), par ELIASBERG** (*Centralbl. f. prakt. Augenh.*, *mai et juin 1894*).

Il s'agit d'une fillette de 11 mois, atteinte de ptosis double, de strabisme paralytique externe droit, c'est-à-dire que l'œil ne peut se mouvoir ni en dedans, ni en haut, ni en bas; à gauche, il n'y a que du ptosis; ces phénomènes apparurent vers l'âge de 5 mois. Par exclusion, l'auteur conclut à une paralysie nucléaire. Il fait rapidement la bibliographie et l'histoire de cette lésion, et cite les principaux travaux qui ont paru sur la question. ROHMER.

**Guérison opératoire de l'ophtalmoplégie tabétique persistante, par CHEVALLEREAU** (*France méd.*, *17 août 1894*).

1° Un homme de 40 ans, tabétique non syphilitique, est pris en novembre 1893 de troubles de la vue. Au mois de février 1894, il a les deux yeux déviés en dehors et immobiles au niveau de la commissure externe; pas de ptosis, pupilles dilatées et immobiles, muscles droits supérieur, interne et inférieur ainsi que le petit oblique complètement paralysés; pas de lésion ophtalmos-

copique. Il est alors traité sans succès par les courants continus descendants et par le traitement mixte (mercure et iodure de potassium), puis au bout de trois mois par la teinture de noix vomique. Le 12 mai, on lui fait un avancement musculaire du droit interne droit avec résection de l'extrémité tendineuse du droit externe pour ramener l'œil à la ligne médiane ; résultat incomplet. Le 2 juin, ténotomie complète du droit externe gauche, puis suture conjonctivo-cutanée au niveau du droit interne pour fixer l'œil dans l'angle interne. Non seulement cet œil est ramené à la ligne médiane, mais tous les mouvements réapparaissent normaux et au bout de deux mois cette guérison de l'œil gauche persiste.

2° Une femme de 50 ans, présentant le signe d'Argyll Robertson et l'absence de réflexes rotuliens, non syphilitique (14 grossesses toutes à terme, sauf une interrompue par un accident) est prise progressivement d'une paralysie complète des muscles droits supérieur, interne et inférieur du côté droit. Elle est traitée sans résultats par les courants continus, la teinture de noix vomique, le traitement mixte. On fait la ténotomie du droit externe ; deux jours après guérison complète.

Pour expliquer ces deux faits, l'auteur suppose que l'affaiblissement du droit externe a rendu aux autres muscles leur liberté et leur action physiologiques, alors qu'ils étaient paralysés par une sorte d'inhibition musculaire analogue à l'inhibition nerveuse de Brown-Séquard. LEFLAIVE.

**I. — Ueber die Augenerkrankungen in Folge von Würmern im Darmkanale (Maladies des yeux consécutives à la présence de vers dans le canal intestinal), par AUDOGSKI** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., août 1894*).

**II. — Idem, par MEURERSEN** (*Ibid., novembre 1894*).

I. — Tantôt les lésions oculaires se montrent avec d'autres signes généraux, tantôt elles sont isolées, et alors, d'autant plus difficiles à rapporter à leur véritable cause. La présence du bothriocéphale peut produire de l'anémie générale ; d'où, dans l'œil diminution de l'acuité visuelle, pâleur du fond de l'œil, contours mal limités de la papille, rétinite hémorragique ; tous ces signes peuvent disparaître, avec l'amélioration de l'état général ; l'ankylostome peut produire les mêmes désordres. Dans des cas légers, on peut ne voir que des troubles fonctionnels : fatigue oculaire légère, héméralopie, quelquefois du nystagmus ; dans les cas graves, on voit de la neuro-rétinite avec hémorragies du fond de l'œil, diminution de l'acuité visuelle ; l'expulsion des vers amena toujours un résultat favorable. Dans certains cas, l'état des yeux dépend directement de la présence des vers ; on observe alors de la mydriase réflexe, ou du myosis avec perte de la réaction pupillaire, des contractures des muscles extrinsèques, (strabisme), des névralgies supra et infra-orbitaires, du spasme clonique ou tonique des paupières avec irritation de la conjonctive et de la cornée ; la plupart de ces troubles se produisent chez des sujets nerveux ou hystériques.

II. — L'auteur cite deux observations dans lesquelles, il a vu, à l'ophtalmoscope, du trouble de la papille optique, avec stase notable dans les veines, en un mot, l'image d'une stase papillaire complète ; la coïncidence de la lésion sur les deux yeux montre évidemment qu'il y a eu des troubles cérébraux, ce que confirment les autres symptômes observés chez les malades, tels que : maux de tête, vomissements, fatigue, bâillements, etc.,

troubles circulatoires, pouls petit, fréquent dans un cas, irrégulier dans l'autre. Ce sont donc des troubles de circulation réflexes par irritation du sympathique, qui ont provoqué des inflammations et même des exsudats dans les méninges. ROHMER.

**Sur les blessures de l'œil par armes à feu, par FORNATOLA** (*Revue gén. d'opht., mai 1894*).

Si autrefois on énucléait davantage les yeux blessés, afin d'éviter l'ophtalmie sympathique, aujourd'hui on a modifié cette façon d'agir, autant à cause de l'antisepsie, que de la façon nouvelle dont on comprend la pathogénie de l'ophtalmie sympathique ; sur 22 blessures faites à l'œil par du plomb de chasse, l'inflammation est minime si les soins sont donnés immédiatement ; elle est intense, si les soins sont retardés ; ceux-ci doivent consister en émissions sanguines aux tempes, fortes doses de mercure, etc. Une seule énucléation dut être pratiquée sur ces 22 cas. Dans les expériences de l'auteur, le plomb, au moment de sa sortie du fusil, est aseptique ; l'infection de l'œil ne se produit pas si l'on a soin, avant de tirer sur le globe, de bien nettoyer les conjonctives, puis de suturer les paupières par-dessus la plaie. Aussi, quand le blessé peut être pansé de suite, l'irritation et l'inflammation sont nulles ou presque nulles ; elles sont intenses si la plaie reste exposée à l'air, et vont jusqu'à produire la vraie phtisie de l'œil par irido-cyclite ou irido-choroïdite purulente. L'auteur n'a pas observé de cas d'ophtalmie sympathique ; il est convaincu qu'on peut les éviter par les injections sous-cutanées ou sous-conjonctivales de sublimé. ROHMER.

**Corectopie, par F. BEST** (*Graefe's Arch. f. Ophth., XL, 4*).

L'auteur a observé 8 cas de corectopie, et en a rassemblé 56 observations dans les auteurs ; il résume son travail de la façon suivante : 1° La corectopie est le plus souvent la seule anomalie existant sur l'œil, et n'est qu'une variété pathologique du léger déplacement physiologique de la pupille ; elle peut tenir aussi à une conformation défectueuse de l'iris ou à une inflammation intra-utérine ; lorsqu'elle n'est pas compliquée, la corectopie est généralement monolatérale ; 2° Rarement la corectopie accompagne une cornée globuleuse, une microphtalmie, et plus rarement encore l'albinisme ou une tumeur dermoïde ; 3° Par contre le déplacement combiné de la pupille et du cristallin est bien caractérisé ; elle est presque toujours bilatérale. La pupille siège le plus souvent en haut et en dehors, mais tout aussi bien dans une autre direction ; le cristallin souvent rapetissé et aplati en un point de son bord est déplacé en sens inverse, quelquefois aussi horizontalement ou dans le même sens que la pupille ; quelquefois la lentille est en place, mais seulement moins solidement attachée. On ne voit ni trouble cornéen, ni décoloration de l'iris, et en général, pas de signes d'inflammation ; par contre, l'iris est souvent atrophié ; il y a souvent de la myopie héréditaire, l'origine en est obscure ; 4° On trouve des formes intermédiaires entre le colobome, l'iridérémie et la polycorie. ROHMER.

**Ueber einen Fall von freibeweglichem Fibrom der Orbita (Sur un cas de fibrome libre dans l'orbite), par GOLDZIEHER** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mars 1894*).

Chez un jeune homme de 17 ans, une tumeur faisant saillie sous la paupière supérieure, mobile, fut enlevée ; elle était longue de 3 centimètres sur 2 centimètres de large ; l'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse bien isolée. L'auteur pense qu'elle a pris naissance dans le tissu lymphoïde sous-conjonctival, qu'elle a poussé vers l'orbite, et qu'elle y est devenue libre en se détachant de son point de départ. Elle n'avait, du reste, aucune connexion avec les tissus environnants, périoste, glande lacrymale, etc.

ROHMER.

**Contribution à l'étude des ostéo-périostites syphilitiques de l'orbite, par A. BEAUDONNET** (*Thèse de Paris, 1894*).

La périostite orbitaire syphilitique, sans être fréquente, paraît cependant être moins rare qu'on l'avait supposé, surtout si l'on tient compte des degrés légers de l'affection. Il en existe deux variétés : la forme aiguë et la forme chronique. La forme aiguë simulera surtout le phlegmon de l'orbite dans ses degrés intenses, elle appartient surtout aux périodes peu avancées de la syphilis ou à la syphilis héréditaire. La forme chronique se rencontre principalement dans la syphilis tertiaire. Elle offre des symptômes plus effacés, mais plus tenaces, plus destructifs, elle simule surtout les tumeurs de l'orbite, et, comme elles, aboutit à l'exophtalmie, à la diplopie, et parfois à la cécité par compression du nerf optique. Le pronostic varie suivant le siège, l'intensité, l'ancienneté des lésions. La médication consistera entièrement à donner le traitement spécifique à haute dose.

ROHMER.

**Accommodations Paresen mit Bering'schem Diphtherie-Heilserum behandelt, par SCHMIDT-RIMPLER** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., décembre 1894*).

Dans 2 cas, il s'agissait sûrement de diphtérie ; dans un troisième, la diphtérie était douteuse. Les injections furent pratiquées sous la peau de la poitrine et ne furent jamais accompagnées de symptômes généraux. La parésie de l'accommodation fut guérie, dans les 3 cas, dans l'espace de 8 à 10 jours. L'auteur se promet d'employer le procédé dans les cas de diphtérie conjonctivale, même dans ceux qui ressemblent le plus à la conjonctivite croupeuse.

ROHMER.

**Formaldehyd als Augenwasser (Formaldéhyde pour le lavage des yeux), par GEPNER** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juin 1894*).

L'aldéhyde formique semble à l'auteur un bon médicament. Il l'a employé comme antiseptique pour les opérations oculaires, en lavages dans les maladies de la conjonctive, en solutions à 1/2000 ou à 1/1000. Sur la conjonctive, le remède détermine d'abord une sensation de picotement, ainsi qu'une assez forte injection ; sur un œil sain, cette sensation pénible ne dure que peu de temps, et ses inflammations sont bientôt jugulées, qu'elles soient catarrhales ou gonorrhéiques ; le trachome est moins nettement influencé. L'effet le plus certain a été constaté dans les

énucléations et les opérations sur l'orbite. Son action est supérieure à celle du sublimé. ROHMER.

**La suppression partielle de l'emploi des collyres, par DE WECKER** (*Ann. d'oculist.' CXI, juin 1894*).

Un pas très important a été fait en attirant l'attention sur la septicité des collyres et lotions qu'on emploie couramment en thérapeutique oculaire, et en insistant, comme Frank l'a fait, sur la préparation de collyres véritablement aseptiques; c'est surtout dans les cas de plaies, d'ulcérations, de cicatrices mal consolidées ou de cicatrices à migration que leur emploi est utile. Le mieux est de se passer des collyres dans l'opération de la cataracte; il en est de même pour les ulcères cornéens, contre lesquels de Wecker préconise le grattage avec irrigation, puis injection, sous la conjonctive, au voisinage de la partie infiltrée, de quelques gouttes de solution à 1/1000; enfin, application rigoureuse du bandeau occlusif, sans emploi d'aucun collyre, en ayant soin de ne renouveler le pansement aseptique que le moins souvent possible. ROHMER.

**Eine Methode zur Conservirung von Augen mit Erhaltung der Durchsichtigkeit der brechenden Medica (Une méthode de conservation des yeux avec persistance de la transparence des milieux réfringents), par KRUECKMANN** (*Klin. Monatsbl. f. Augenkeilk., juin 1894*).

Pour faire une préparation macroscopique d'un œil, on place d'abord celui-ci dans la gélatine un peu acide, en ayant soin d'ouvrir la chambre antérieure par une incision cornéenne afin que la gélatine puisse recouvrir les deux faces de la cornée; au bout d'une demi-heure à 4 heures, on expose l'œil à des vapeurs de formol dans un dessiccateur dont le fond a été recouvert de formol; au bout de 12 heures, les membranes antérieures sont absolument durcies; on fait ensuite une ouverture à la sclérotique, et on inclut de nouveau l'œil dans la gélatine qui remplit maintenant les chambres postérieure et antérieure; après une demi-heure à 4 heures de séjour dans un thermostat, nouveau bain de formol à 1,5 0/0. Pour éclaircir le cristallin et la cornée devenus légèrement troubles, on place l'œil dans la glycérine. Ces milieux deviennent alors absolument transparents; l'iris, le corps ciliaire, la papille sont absolument conservés comme forme et comme couleur. Certaines parties de l'œil, telles que la cornée et le cristallin se rétractent un peu dans la glycérine; on évitera cet inconvénient, quand au lieu de glycérine, on emploie une solution d'hydrate de chloral de 30 à 50 0/0.

Pour les préparations microscopiques, l'auteur recommande tout aussi chaudement le formol. ROHMER.

# MALADIES
# DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

**I. — Crises de spasme pharyngé chez les tabétiques, par J. COURMONT** (*Rev. de méd., septembre 1894*).

**II. — Des symptômes pharyngés dans le tabes vrai, par Alphonse MAGNAN** (*Thèse de Lyon, 1894*).

**III. — Pharyngismo tabetico, par J. MOREIRA** (*Broch., Bahia, 1894*).

I. — Homme de 62 ans, atteint de tabes avec douleurs fulgurantes intenses; après quelques séances de suspension, soulagement complet. Quatre jours après sa sortie de l'hôpital, le malade revient dans un état lamentable; pouls imperceptible, extrémités froides, pâle, défait. Depuis trois jours il n'a pu avaler le moindre aliment solide ou liquide, en raison de spasmes de la gorge. A chaque fois le pharynx se contracte douloureusement, le malade est pris d'une angoisse effroyable. Pas de spasmes laryngés. La sonde œsophagienne pénètre jusqu'à l'estomac sans spasme. Séance de suspension. Aussitôt après le spasme a disparu d'une façon complète. Il n'existe pas de stigmates hystériques.

Courmont rappelle les cas similaires de Jean, Oppenheim (*R. S. M.*, XXXI, 97) et pense que le spasme pharyngé peut tenir à une lésion centrale des noyaux ou à des lésions périphériques. Il est urgent, en raison des accidents d'inanition, de traiter rapidement ce symptôme et le procédé le plus efficace est la suspension.

II. — Travail très complet sur ces manifestations viscérales du tabes. M. a réuni 15 observations de troubles pharyngés. Tantôt il ne s'agit que de troubles de la sensibilité, paresthésie, anesthésie ou hyperesthésie; tantôt de troubles moteurs liés à des paralysies plus ou moins étendues; tantôt enfin d'accidents spasmodiques avec contracture, comme dans le cas précédent. Ces troubles pharyngés sont fréquemment associés à d'autres manifestations bulbaires, accidents laryngés, troubles trophiques dans la sphère du trijumeau, etc. L'auteur admet, comme Courmont, que ces accidents sont liés à des lésions centrales ou périphériques.

III. — Deux observations l'une chez un homme de 49 ans, crises pharyngées empêchant la déglutition, améliorées par des révulsifs à la région cervico-rachidienne et des injections de morphine; l'autre chez un homme de 35 ans, les crises pharyngées étaient extrêmement intenses, la mort survint au cours de l'une d'elles, bien que l'auteur indique qu'il n'existât rien de laryngé.

A. CARTAZ.

**Malformation of the pharynx, par Lennox BROWNE** (*Journ. of laryngol., décembre 1894*).

Fillette de 6 ans, huit frères ou sœurs; un seul mort de convulsions. Pas d'antécédents syphilitiques, pas d'angine diphtérique. Influenza et scarla-

tine il y a un an. Depuis la naissance, dyspnée par moment, respiration difficile, la bouche ouverte. On trouve en ouvrant la bouche, une cloison charnue, attachée en haut au voile du palais, latéralement à la muqueuse, couvrant les apophyses ptérygoïdes et en arrière à la paroi pharyngée. Ce rideau a une ouverture derrière la luette ; le doigt passé au travers montre l'espace naso-pharyngien normal, mais avec des tumeurs adénoïdes. Amygdales palatines hypertrophiées.

C'est un exemple rare de malformation du pharynx. A. CARTAZ.

**Weitere Mittheilungen über die Operation der angeborenen Gaumenspalte, par Julius WOLFF** (*Berlin. klin. Woch., n° 29, p. 680, 16 juillet 1894*).

Wolff relate quatre observations de staphylorraphies exécutées sur des enfants au-dessous de 2 ans ; le poids des petits malades pris quotidiennement indique toujours une augmentation rapide après l'opération.

De 1872 à avril 1894, il a fait 160 opérations de cette nature pour divisions congénitales du palais ; 85 ont été pratiquées avant l'âge de 6 ans. Sur les 39 opérés âgés de moins de 18 mois, 7 ont succombé par vice des sutures uniquement ; du reste, 4 de ces enfants étaient inévitablement perdus alors même qu'on ne les eût pas opérés.

13 staphylorraphies faites sur des enfants de 18 mois à 33 mois n'ont donné ni décès ni insuccès même partiel.

Enfin, les 108 opérations restantes, comprenant des malades âgés de 3 à 52 ans, ont 2 fois été suivies de mort chez des enfants de 4 et de 5 ans.

Un garçon de 5 ans, opéré à l'âge de 3 mois, fournit la preuve de l'inanité de l'opinion d'Ehrmann quant à un arrêt de développement des mâchoires à la suite des staphylorraphies précoces.

Dans la discussion, Küster déclare que la statistique de Wolff ne lui paraît nullement démontrer les avantages des opérations précoces.

J. B.

**Syphilides bucco-pharyngiennes et abcès rétro-pharyngien, par P. MERMET** (*Gaz. des hôp., 12 mars 1895*).

Jeune homme de 17 ans, chancre en octobre. En décembre, à la suite de manifestations secondaires bucco-pharyngiennes, angine, pharyngite aiguë avec gêne de la déglutition, de la respiration, état général grave. On constate la présence d'un volumineux abcès rétro-pharyngien qu'on ouvre, après anesthésie, par la région cervicale, en arrière du sterno-mastoïdien. Issue de 250 grammes de pus. Guérison rapide.

M. rappelle la rareté de ces abcès d'origine syphilitique ; quelques cas ont été relatés par Méandre-Dassit (*Thèse de Montpellier*, 1835), Verneuil (*Soc. de chir.*, 1863), Forget (*Gaz. méd. Paris*, 1835, etc.). Il est partisan de l'ouverture par le cou, qui assure mieux l'évacution et l'antisepsie. C'est Lisfranc qui fut le promoteur de ce procédé (*Méd. opérat.*, 1845, p. 408). Cheyne l'a remis en honneur depuis quelques années.

A. CARTAZ.

**Polype naso-pharyngien opéré par la voie palatine, avec restauration immédiate du voile, par QUÉNU** (*Bull. Soc. chir., XX, p. 519*).

Dès l'opération terminée, Quénu place les fils de staphylorraphie. Il voit à cela de multiples avantages. D'abord, il n'y a pas d'avivement à

faire, et ce temps opératoire ne réclame que quelques minutes. Ensuite, le nasonnement est évité. Enfin, la suture immédiate n'empêche pas de surveiller, avec le doigt et le miroir, la récidive possible. On en est quitte alors en fendant de nouveau, d'un coup de ciseaux, le voile primitivement suturé.

Schwartz fait remarquer que, si cette conduite est à suivre chez les malades relativement âgés (30 ans), elle offre moins d'avantages s'il s'agit d'un enfant, chez lequel il est bon de dépister la récidive dès son apparition. ARROU.

**Beitrag zur radicalen Heilung des Pharynx-Carcinoms durch Exstirpation, par KRÖNLEIN** (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte, n° 15, p. 476, 1er août 1894*).

Homme de 63 ans ayant un vaste cancer du côté gauche de la base de la langue, du voile palatin, de l'amygdale et de la paroi pharyngée avec adénite sous-maxillaire gauche. Extirpation le 21 avril 1887 à l'aide de la résection temporaire du maxillaire inférieur.

Guérison apyrétique, mais le 7 juillet suivant on dut extirper encore deux ganglions dégénérés, gros comme des noix, placés sur le trajet des vaisseaux cervicaux gauches. Dès lors, c'est-à-dire depuis 7 ans, l'opéré jouit d'une parfaite santé ; il parle et avale normalement. J. B.

**Sur une forme de pharyngite permettant de reconnaître le diabète ou l'albuminurie, par J. GAREL** (*Annales des mal. de l'or., février 1895*).

Il existe deux sortes de manifestations pharyngées d'origine glycosurique ou albuminurique, la forme sèche décrite par Joal, Löri, et la forme hyperémique qui n'en serait que le prélude et qui apparaît souvent comme première manifestation de ces états. G. a rencontré 21 cas, 10 diabétiques, 11 albuminuriques, présentant ce catarrhe hyperémique et chez lesquels on n'avait pas encore soupçonné la lésion générale. A. CARTAZ.

**Streptocoque et menstruation, par Raymond PETIT** (*Gazette hebd. méd. Paris, 2 et 9 février 1895*).

Sous ce titre, l'auteur publie 12 cas d'angine à streptocoque apparaissant chez de jeunes femmes juste au moment de la menstruation. L'examen bactériologique a révélé dans tous ces cas la présence du streptocoque, 3 fois avec des staphylocoques.

P. rappelle les faits et les travaux antérieurs, montre par ses observations que ces angines ne sont pas toujours aussi bénignes qu'on l'avait dit. En dehors de la relation de période, il ne peut trouver aucune interprétation plausible de cause à effet; l'infection ne se fait certainement pas par la voie génitale. La pénétration des microbes est directe par la bouche et l'état menstruel ne fait que favoriser l'évolution de l'infection.

A. CARTAZ.

**De l'ablation des amygdales hypertrophiées avec l'anse électrochimique, par L. LICHTWITZ** (*Journ. de méd. Bordeaux, 23 décembre 1894*).

L. recommande comme méthode de choix, pour l'ablation des amyg-

dales hypertrophiées, l'anse électrique qui permet d'enlever en deux à quatre secondes les amygdales les plus volumineuses avec une hémostase absolue. Pour sectionner rapidement et sans hémorragie, il faut être sûr du degré du courant électrique. L. se sert d'une anse en fil d'acier, corde à piano, de 1/3 de millimètre de diamètre et d'un courant électrique de 8 à 10 ampères fourni par des accumulateurs. On a de la sorte toute sécurité et sur 400 opérations de ce genre, L. n'a eu aucun accident.

A. CARTAZ.

**Die Tonsillen als Eingangspforte für eiterregende Microorganismen (Les amygdales considérées comme porte d'entrée des microorganismes pathogènes), par BUSCHKE** (*Deutsche Zeitsch. f. Chir., XXXVIII, p. 440, 4 et 5*).

Kraske a dit que les amygdales pourraient bien être la porte d'entrée de l'ostéomyélite et c'est ce que Buschke s'efforce de démontrer dans ce mémoire. Cet auteur a examiné dans ce but des amygdales hypertrophiées, mais non enflammées ; et il a trouvé, ce qui n'étonnera personne, des streptocoques et des staphylocoques, en particulier le doré. Tout cela ne prouvait pas grand chose ; aussi a-t-il fallu chercher ailleurs. Et Buschke, pour soutenir l'hypothèse émise, a eu recours à l'observation. A ce propos il cite plusieurs cas d'ostéomyélite survenue chez des sujets porteurs de lésions amygdaliennes. Dans un premier cas, il a trouvé une angine à streptocoques et des streptocoques dans le sang. Il a pu répéter ces constatations plusieurs fois ; aussi en a-t-il conclu que les amygdales peuvent constituer une porte d'entrée pour les microorganismes pathogènes, sans qu'il existe d'ulcérations de la muqueuse ou de trace de diphtérie. Il a ajouté que les amygdales doivent jouer un plus grand rôle à ce point de vue que les appareils digestif ou respiratoire. Probablement l'infection par cette partie du pharynx ne se fait pas sans que les amygdales soient un peu atteintes ; mais elles le sont, en somme, d'une façon assez minime dans la plupart des cas. Il résulte de tout cela, sans qu'il soit besoin d'y insister davantage, qu'il faut prendre les plus grandes précautions d'hygiène pour ce qui concerne la bouche et le pharynx, si l'on veut éviter des maladies aussi sérieuses que l'ostéomyélite aiguë.

MARCEL BAUDOUIN.

**Ueber Mandelstein (Des calculs des amygdales), par B. LANGE** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XXXIX, 1 et 2, p. 87*).

B. Lange, après avoir rapporté une observation personnelle, et étudié celles qui ont été publiées, esquisse le tableau symptomatique des calculs des amygdales. On le conçoit facilement, les symptômes n'ont rien de net ; ce sont des attaques d'angine répétées avec des troubles, d'intensité très variable, de la déglutition et de la respiration. L'examen du pharynx seul assure le diagnostic. Parfois le calcul est expulsé dans un accès de toux, lors d'un vomissement ou après la formation d'un abcès, ou bien encore au cours d'une amygdalotomie. Ces calculs des amygdales paraissent en rapport avec des modifications pathologiques qui surviennent dans les cryptes de ces glandes. Après des poussées in-

flammatoires, ces lacunes peuvent s'oblitérer sur un point ; leur contenu ne peut plus dès lors se déverser dans la cavité bucco-pharyngée. Les produits de rétention s'épaississent alors peu à peu et se calcifient ; puis la concrétion provoque par irritation mécanique des phénomènes inflammatoires, qui, à leur tour, favorisent la production des substances servant à la formation du calcul. On a incriminé jadis le *Leptothrix buccalis ;* mais son rôle est presque insignifiant. On trouve surtout dans ces calculs du phosphate de chaux. M. B.

**De l'infectiosité et de la contagiosité de l'amygdalite aiguë, par Paul MAUREL** (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur, après avoir rappelé les travaux relatifs à cette question, montre par des faits cliniques et des preuves bactériologiques, la nature infectieuse de l'amygdalite aiguë, folliculaire. Cette infectiosité se traduit par les manifestations locales et générales, l'abondance des principaux microbes pyogènes (streptocoque, staphylocoque) et par les accidents infectieux qui se manifestent à distance (otite, laryngite, pleuro-pneumonies, arthrites, etc.). M. en donne une énumération très complète.

L'amygdalite est contagieuse, mais cette contagiosité est relativement faible. M. rapporte les faits publiés par Landouzy, Richardière, Tissier et relate plusieurs cas inédits de petites épidémies familiales qu'il a observées à Marseille. Il conclut par quelques conseils de prophylaxie au point de vue de la préservation des autres malades (isolement, stérilisation des crachats). A. CARTAZ.

**I. — De la bave chez l'enfant et chez l'adulte, par L. COUETOUX** (*Annales mal. de l'or., 1893*).

**II. — De la bave infantile, par SANCHEZ DE SILVERA** (*Thèse de Paris, 1894*).

**III. — De la bave infantile et du ronflement, par COUETOUX** (*Rev. mensuelle des mal. de l'enfance, janvier 1895*).

I à III. — C. a établi, par des observations, recueillies chez les jeunes enfants, de tumeurs adénoïdes, que l'écoulement de la salive, la bave infantile n'était pas la conséquence de troubles de la dentition. Diurne, elle survient à l'occasion de troubles digestifs, de mauvaise alimentation ; nocturne, elle a pour cause un degré plus ou moins prononcé d'obstruction nasale, dont les tumeurs adénoïdes forment une grosse part. Ce symptôme peut du reste s'observer en dehors de l'enfance (21 fois avant 10 ans, 39 fois après 10 ans). Ces faits, confirmés par les recherches de Silvera dans les crèches de Nantes, montrent qu'il faut dans ces cas examiner les conditions de respiration et de nutrition du sujet, et qu'on trouvera dans les troubles de ces états la cause et le moyen d'y remédier. A. CARTAZ.

**Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et de leurs annexes pneumatiques, par E. ZUCKERKANDL, traduit par LICHTWITZ et GARNAULT** (*Deux vol. avec planches, Paris, 1895*).

L'ouvrage de Zuckerkandl est trop connu pour qu'il soit nécessaire de l'apprécier ; il échappe, du reste, à l'analyse par la multiplicité des re-

cherches sur tous les points de l'anatomie normale et pathologique. Mais nous devons féliciter les traducteurs de n'avoir pas reculé devant la tâche un peu ingrate de publier cet ouvrage en français et de le mettre ainsi à la portée de tous ceux qui ne sont pas familiarisés avec la connaissance de l'allemand. Leur traduction est faite d'après la seconde édition parue il y a quelques mois.

Le livre de Z. comprend, en effet, deux parties : la première, la plus ancienne, a été complètement remaniée dans cette nouvelle édition. Elle contient la description des divers appareils constituant les fosses nasales (charpente ostéo-cartilagineuse, muqueuse, nerfs, vaisseaux, etc.) et de leurs cavités annexes dont l'étude clinique a pris une si grande importance. Après la description anatomique vient une étude pathologique des inflammations des tissus, des tumeurs. On trouvera dans ces pages une analyse très soignée de ces lésions si complexes.

La seconde partie, plus exclusivement pathologique, est consacrée à l'étude des déviations et fractures de la cloison, des rhinites et de leurs diverses modalités, des kystes, polypes, etc. Dans cette édition française, les dessins et planches ont été réunis, pour la commodité du lecteur, dans un volume à part. A. CARTAZ.

**Turbinal varix, par W. WINGRAVE** (*Journ. of laryng., décembre 1894*).

L'auteur désigne sous le nom de varice des cornets une forme particulière d'hypertrophie de la moitié postérieure du cornet inférieur, caractérisée par une distension permanente des sinus veineux. Cette distension est consécutive à une véritable dégénérescence des parois, succédant elle-même à des troubles tropho-neurotiques. C'est une affection de la puberté, plus fréquente chez l'homme que chez la femme et, amenant tous les troubles consécutifs à la sténose nasale, et s'accompagnant assez souvent de crachements sanguins et d'épistaxis. Comme traitement, W. préconise l'emploi d'un couteau spécial (sorte de large curette) préférable dans bien des cas au serre-nœud. A signaler comme complications les accidents septiques et les hémorragies secondaires ; sur 200 cas (!) opérés par lui, W. n'a pas eu de complications ; l'hémorragie a toujours pu être arrêtée facilement. A. CARTAZ.

**Ascesso cerebrale da rinite tubercolare, par ORLANDI** (*Gaz. med. di Torino, XLV, p. 48*).

Jeune homme de 20 ans, sans antécédents héréditaires, entre pour des accidents de méningite, qu'on diagnostiqua méningite basilaire probablement tuberculeuse. A l'autopsie : adhérence des méninges, ramollissement de l'écorce du lobe frontal droit ; le long de la scissure de Sylvius, granulations miliaires. Dans l'épaisseur du lobe frontal, abcès du volume d'un œuf, pus crémeux, verdâtre. Carie de la lame criblée et de l'ethmoïde ; le stylet pénètre dans les fosses nasales, où l'on trouve la muqueuse rouge enflammée, avec des ulcérations profondes. Pas de lésions des autres organes. L'injection du pus à des cobayes et l'examen bactériologique montrèrent la nature tuberculeuse de la lésion dont la source avait été une tuberculose nasale.

A. CARTAZ.

**« Blutender Polyp » der Nasenscheidewand, par RÉTHI** (*Wiener med. Presse, 11 novembre 1894*).

Femme de 25 ans, depuis un an obstruction, accompagnée de fréquentes hémorragies, de la narine droite.

Tumeur de la grosseur d'un haricot, de couleur rouge foncé, à surface lisse, rénitente, implantée par un court pédicule à la portion antéro-inférieure de la cloison, notable hypertrophie polypoïde de l'extrémité postérieure des cornets inférieurs des deux côtés. Ablation de la tumeur au galvanocautère. Examen histologique : stroma conjonctif riche en vaisseaux et en cellules, formations papillomateuses nulles ou tout au moins à peine ébauchées, infiltration considérable de petites cellules tout particulièrement des couches sous-épithéliales ainsi qu'autour des vaisseaux ; nombreux vaisseaux de nouvelle formation, vaisseaux capillaires dilatés de telle sorte que l'on pourrait presque dénommer la tumeur « telangiectasique ». L'épithélium est formé plus spécialement de cellules cylindriques, mais on y trouve aussi disséminées quelques couches de cellules plates et cubiques ; çà et là l'épithélium est érodé ; pas de glandes muqueuses.

R. estime qu'il s'agit ici d'une hypertrophie polypoïde analogue à celles que l'on rencontre banalement, au niveau du cornet moyen, par exemple, mais implantée sur le septum, ce qui est contraire à l'opinion générale des auteurs : il admet de plus que ces tumeurs du septum, tout comme les hypertrophies polypoïdes des autres régions, dépendent d'un processus catarrhal chronique et que ni les circonstances étiologiques, ni l'histologie, ne permettent d'attribuer à ces néoformations une place spéciale dans la nosologie rhinologique. CART.

**Contributo allo studio dei tumori del setto nasale, par ARSLAN** (*Arch. ital. di otol., III, 1*).

L'auteur a réuni 131 cas de tumeurs de la cloison nasale, d'après des recherches bibliographiques qui paraissent fort complètes. Sur ces 131 cas, on compte 10 tumeurs d'origine syphilitique, 25 tuberculeuses, 29 sarcomes, 19 polypes, 11 carcinomes, 8 papillomes, 4 angiomes, 3 épithéliomes, 1 cas de myxome, 1 d'enchondrome, 1 d'adénome, 1 de granulome, etc... A cette liste, A. ajoute quatre observations personnelles :

1° Un énorme angio-fibro-sarcome chez un homme de 63 ans, opéré par Bassini. Trois mois après, récidive, accidents cérébraux, mort ;

2° Un fibro-sarcome chez une femme de 24 ans ; ablation à l'anse galvano-caustique. Six mois après, pas de récidive ;

3° Adéno-fibrome chez une fillette de 10 ans ; ablation à l'anse caustique ;

4° Granulome inflammatoire simple chez un homme de 35 ans.

A. CARTAZ.

**Perforations of the nasal septum; etiology, clinical significance and treatment, par Ad. RUPP** (*Med. Record, 22 décembre 1894*).

Après avoir rappelé les travaux antérieurs, R. conclut que les perforations congénitales ou de développement sont extrêmement rares.

Les perforations dues à une violence directe grave ou à un processus pathologique de contiguité doivent ressortir au traumatisme subi ou à la néoformation qui les a provoquées ; elles sont également fort rares.

Les perforations dues à un état constitutionnel sont généralement, lorsqu'elles se produisent, accompagnées de signes ou symptômes de l'affection qui est en jeu ; en outre, les diverses manifestations locales de la maladie constitutionnelle affleurent ou se manifestent sur d'autres points de la membrane muqueuse intra-nasale, quoique celle du septum soit, cela est certain, un siège de prédilection. Cependant, ces manifestations locales provoquent rarement une perforation du septum nasal et lorsque le fait se produit, d'autres manifestations se montrent simultanément.

Dans maints cas la syphilis elle-même ne fait pas exception à cette dernière remarque ; cependant, la syphilis peut produire une perforation présentant la symptomatologie de ce que l'on appelle l'ulcère perforant du septum nasal.

Les affections purement inflammatoires du septum, périchondrite et abcès, peuvent provoquer la perforation pendant la période aiguë, mais la perte de substance peut se réparer avec plus ou moins de déformation locale.

Le plus grand nombre des perforations sont localisées dans la portion cartilagineuse du septum.

Suivant la majorité des auteurs, elles n'ont rien à faire étiologiquement avec la syphilis du moins généralement ; elles sont probablement, dans la pluralité des cas, des manifestations locales gangreneuses, probablement dues à une influence bactéridienne ou à une tropho-neurose ou encore à une combinaison de plusieurs causes.

Souvent, la membrane muqueuse nasale ou les autres tissus intra-nasaux recouvrant l'ulcère ou la perforation sont absolument sains.

Un index bibliographique comprenant 64 numéros termine le travail de Rupp. CART.

**I. — Synéchie osseuse et myxome de la fosse nasale droite, par BONAIN** (*Revue de laryngol., 1er mars 1895*).

**II. — A case of congenital osseous occlusion of the choanae, par J.-R. WINSLOW** (*Amer. med. surg. Bull., 15 février 1895*).

I. — Sujet de 19 ans, ayant une obstruction nasale très prononcée ; la fosse nasale gauche est très étroite et obstruée en partie par une déviation de la cloison. La droite, très large, est bouchée par une tumeur, myxome kystique ; en arrière de ce polype, cloison osseuse verticale avec un petit pertuis à la face inférieure. Destruction à la gouge. Ablation des polypes restants. Très bon résultat.

II. — Jeune homme de 18 ans, ayant eu la diphtérie à l'âge de 9 ans et subi la trachéotomie. Depuis 5 ans, respiration impossible par le nez, voix nasonnée, surdité très prononcée. Obstruction des deux fosses nasales par une tumeur dure située dans le pharynx et qui ressemble par la dureté à un fibrome. Tentatives d'ablation qui n'amènent que du tissu adénoïde ; les fosses nasales se dégagent un peu et on trouve alors une bande horizontale de tissu osseux (qui était recouverte par du tissu adénoïde). Destruction graduelle par l'électro-cautère de cette cloison osseuse. Respiration nasale rétablie, disparition de la surdité. A. CARTAZ.

**Die Eiterungen der Nase und ihrer Nebenhölen (La suppuration du nez et de ses sinus), par BRESGEN** (*Münch. med. Woch.*, *nos 31 et 32*, *p. 614 et 635*, *1894*).

L'auteur emploie la trépanation du sinus maxillaire avec le trocart et le cathétérisme des cellules ethmoïdales et frontales pour favoriser l'évacuation du pus ; mais au lieu de caustiques il emploie l'hexaéthylviolet en cristaux, fondus sur la sonde, ce qui lui permet de faire en une seule séance le cathétérisme de 5 à 6 cellules au lieu d'une, comme cela a lieu quand on emploie les caustiques. C. LUZET.

**Nasenleiden und Infectionskrankheiten (Maladies du nez et maladies infectieuses), par ZIEM** (*Münch. med. Woch.*, *p. 985*, *1894*).

Le nez et les voies respiratoires forment l'une des portes d'entrée principales pour les germes des maladies infectieuses ; dans la rougeole, Hebra avait depuis longtemps noté que les fosses nasales sécrètent un produit contagieux ; dans la scarlatine, malgré l'affirmation de Hebra, Voltolini a fait remarquer que les inflammations de la trompe et de l'oreille moyenne sont à peine possibles sans une participation méconnue des fosses nasales. Dans la variole, le nez est encombré par les sécrétions catarrhales. Mais c'est dans la diphtérie que les altérations des fosses nasales ont le plus d'importance. Le nez est la porte d'entrée du germe dans l'influenza, la fièvre intermittente, le typhus et dans certains cas de fièvre typhoïde ; il l'est aussi probablement dans la fièvre jaune et dans la peste. On peut aussi le croire pour la méningite épidémique, les oreillons, la septicémie cryptogène, la coqueluche et la tuberculose.

Il résulte de ces faits que l'on ne saurait attacher trop de soin à l'antisepsie du nez et à la protection de cet organe contre la pénétration des poussières animées ou inanimées. L'auteur recommande dans ce but les injections d'eau salée à 1 0/0, pratiquées avec une pompe spéciale.

C. LUZET.

**Du traitement de l'épithélioma de la peau des paupières et du nez par le bleu de méthyle, par T. DONNEC** (*Thèse de Paris*, *1895*).

D. a employé avec succès la méthode de Mosetig-Moorhof, dans un certain nombre de cas d'épithéliomes pavimenteux cutanés des paupières et du nez. Après insensibilisation à la cocaïne, il détruit les surfaces ulcéreuses et végétantes avec le galvano-cautère, touche légèrement à l'acide chromique et panse la plaie avec le bleu de méthyle en poudre. Au bout de quelques jours de ce pansement, la plaie se déterge, s'épidermise et la cicatrisation s'obtient plus rapidement qu'avec d'autres méthodes. Le bleu paraît avoir, grâce à son pouvoir antiseptique et pénétrant, une action élective sur les tissus morbides, soit qu'il agisse directement sur l'élément parasitaire spécifique du cancer, soit qu'il modifie avantageusement le développement anormal des cellules épithéliales néoplasiques. 31 observations à l'appui. A. CARTAZ.

**Le microbe de l'ozène, par LŒWENBERG** (*Annales de l'Inst. Pasteur*, *VIII*, *5 mai 1894*).

L. montre par de nouvelles recherches que le microbe qu'il avait décrit

autrefois et qu'il nomme cocco-bacille de l'ozène est bien spécial à cette maladie. C'est un gros coccus, associé en doubles et souvent en chaînes réunies par une masse hyaline ; il ressemble au pneumo-bacille, mais il en diffère par des caractères bien tranchés.

En culture sur plaques de gélatine, il donne des colonies qui se présentent tantôt sous l'aspect de petites colonies rondes, jaunâtres ; tantôt sous l'aspect de colonies plus grandes, demi-transparentes, d'un blanc plus ou moins laiteux. Ces variétés ne tiennent qu'à leur position à la surface ou dans la profondeur du milieu de culture ; ce sont bien les mêmes.

Le cocco-bacille se développe bien aussi sur la gélose et la pomme de terre. Chose curieuse, ces cultures ne donnent pas l'odeur fétide caractéristique de l'ozène ; elles dégagent, au contraire, des odeurs plutôt agréables.

Ces cultures diffèrent de celles du pneumo-bacille, celles de ce dernier dégagent une forte odeur de triméthylamine. Le bacille de l'ozène diffère aussi de celui du rhinosclérome ; il ne se colore pas par le procédé de Gram.

L. n'a pu reproduire l'ozène chez les animaux par l'introduction de cultures dans le nez.

Ce microbe est extrêmement pathogène et la culture du sang des souris tuées par les inoculations donne des quantités de cocco-bacilles capsulés.

En modifiant par le chauffage les cultures du microbe et inoculant ces cultures atténuées, on peut rendre les animaux réfractaires à l'inoculation des cultures pures les plus virulentes. Nouvelle preuve en faveur de la non-identité des deux microbes, cette immunisation pour le bacille de l'ozène ne rend pas les animaux réfractaires à celui de la pneumonie.

L'auteur se demande, en comparant les lésions hypertrophiques du rhinosclérome et les lésions atrophiques de l'ozène, si l'on ne pourrait pas essayer, dans un but thérapeutique, de combattre le rhinosclérome par le microbe de l'ozène. A. CARTAZ.

**Contribution à l'étude de l'ozène, par Th.-J. SCHESTAKOW** (*Thèse de Genève, 1894*).

Etude très complète de cette lésion d'après tous les travaux antérieurs et d'après des recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les observations de Wyss (71 cas) et sur ses observations personnelles (28 cas). L'auteur discute en détail les théories émises sur la pathogénie de l'ozène, énumère avec soin les symptômes, les complications, le traitement. Le chapitre anatomo-pathologique présente une étude comparée très intéressante de l'état de la muqueuse nasale (32 examens) dans les conditions ordinaires et chez les ozèneux (une autopsie). L. conclut de ses recherches que l'ozène est un état morbide particulier à part, que n'expliquent ni la théorie mécanique de Zaufal, ni la théorie microbienne ; c'est le résultat de la constitution du sujet. La syphilis et la scrofule

n'ont aucune relation avec cet état ; l'hérédité, l'âge, le sexe, l'arrêt de développement des cornets (l'atrophie de la muqueuse n'est que secondaire) sont des causes prédisposantes, comme les affections contagieuses de l'enfance, la rougeole spécialement. Le traitement local n'est qu'un palliatif ; c'est le traitement général qui peut amener la guérison. Index bibliographique très complet des travaux antérieurs. A. CARTAZ.

**Étude sur l'étiologie et la pathogénie du coryza caséeux, par R. BEAUSOLEIL** (*Revue de laryngol., 15 décembre 1894*).

Très bonne étude sur ce sujet dont la pathogénie est encore fort discutée. Après avoir résumé les travaux antérieurs et analysé les conclusions des divers auteurs, B. publie un certain nombre d'observations inédites et conclut, comme Potiquet, que le coryza caséeux ne constitue pas une entité morbide, qu'il peut se rencontrer comme suite ou complication de suppurations du nez ou des sinus, de corps étrangers, etc... Les sécrétions, les éléments épithéliaux s'accumulant, forment le premier noyau de ces masses qui deviennent caséeuses sous l'influence de la pénétration des microbes de la putréfaction. L'augmentation de ces produits se fait par l'apport journalier des sécrétions et par la prolifération d'une bactérie filamenteuse que B. a trouvée dans ces amas.

A. CARTAZ.

**Vorstellung eines Falles von Rhinoplastik aus dem Arm, par E. KUESTER** (*Berlin. klin. Woch., n° 31, p. 722, 30 juillet 1894*).

Jeune fille de 18 ans, ayant un lupus de la pointe du nez et de la cloison membraneuse, rebelle aux cautérisations. Küster se décida à enlever toutes les parties malades avec le bistouri pour les remplacer par la peau du bras gauche. Le lambeau fut suturé sur le moignon nasal avivé et le bras fixé par un bandage plâtré. Au bout de huit jours, le lambeau fut détaché à moitié et quatre jours plus tard, complètement sectionné. Quelques jours après, il fut divisé en trois parties et, au bout de quatre nouveaux jours, son tronçon moyen fut suturé à la cloison nasale avivée. Dans une séance ultérieure, Küster refit les ailes du nez, à l'aide des deux tronçons latéraux du lambeau primitif. Au point de vue cosmétique, huit semaines après le début de l'autoplastie, le résultat est excellent. La pointe du nez n'a qu'une sensibilité partielle, mais chaque piqûre en fait sourdre du sang. J. B.

**A case of compound follicular odontoma, par A.-W. DE ROALDES** (*New York med. Journ.. 17 novembre 1894*).

Garçon de 9 ans amené pour une tumeur, dure, indolore, du maxillaire supérieur droit, limitée à la région sous-orbitaire, par les bords du nez. Il y a cependant de la diplopie avec rétrécissement de la fosse nasale droite par la projection de la paroi externe. Pas de douleurs, pas d'adénopathie. Rien dans l'espace naso-pharyngien. Le palais est déprimé par la tumeur qui se confond à ce niveau avec le bord alvéolaire. A la place de la canine qui semble nécrosée, il y a une dépression irrégulière ; la sonde est arrêtée par la tumeur. Opacité du sinus maxillaire ; on pense à un néoplasme bénin ou à un ostéome du sinus. En 1892 l'enfant a été opéré d'une tumeur osseuse alvéolaire ; il y eut à la suite de l'ostéite, de la nécrose.

Résection du maxillaire supérieur. L'examen de la tumeur montre qu'il

s'agit d'un odontome avec nombreux grains dentinaires dans l'épaisseur. Guérison parfaite.

L'auteur rappelle les travaux antérieurs sur ce sujet et publie un index bibliographique complet. A. CARTAZ.

**Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Kehlkopfentzündungen, par A. SOKOLOWSKI** (*Archiv f. Laryngol.*, *II*, *1*).

S. publie 6 observations de laryngite hypertrophique chronique, laryngite sous-glottique ; toutes ont trait à des sujets, hommes et femmes, de 20 à 30 ans. Dans plusieurs des cas on trouve comme cause prédisposante une fièvre typhoïde qui a peut-être facilité l'apparition des masses néoplasiques. Au point de vue pathologique, cette forme de laryngite doit être regardée comme un véritable sclérome, avec tissu cicatriciel ; on trouve en effet dans les tissus le bacille du rhinosclérome. La dilatation, les cautérisations sont des moyens insuffisants ; il faut pratiquer la laryngotomie et exciser les tissus hypertrophiés. A. CARTAZ.

**I. — Un cas d'ictus laryngé primitif, par LECLERC** (*Lyon méd.*, *16 décembre 1894*).

**II. — De l'ictus laryngé, par J. GAREL et J.-F. COLLET** (*Ann. mal. de l'or.*, *décembre 1894*).

I. — Homme de 48 ans, alcoolique, syphilitique. A l'âge de 35 ans a eu trois attaques d'ictus laryngé. Pas de lésions du larynx et du pharynx. A la suite, apparition d'accès de goutte, puis de diabète.

L. croit à un ictus primitif sans lésion, d'origine nerveuse directe.

II. — Très bonne étude de cet accident moins rare qu'on ne l'a dit ; les auteurs en donnent la preuve en publiant 23 observations inédites. L'ictus est un accident de l'âge adulte, 40 à 50 ans, plus fréquent chez l'homme (21) que chez la femme (2 cas), survenant à l'occasion d'une irritation plus ou moins chronique des voies respiratoires, chez des sujets de souche arthritique. Après avoir décrit les symptômes et retracé l'historique, G. et C. discutent avec beaucoup de soin la pathogénie de cet accident. Pour eux, il s'agit, dans la presque totalité des cas, d'une excitation périphérique du laryngé supérieur (hypermégalie de la luette, pharyngite, amygdale linguale hypertrophiée, bronchite, etc...) ; l'irritation du laryngé agit sur les centres supérieurs par l'intermédiaire du cœur, soit en excitant son centre modérateur, soit en excitant le centre expirateur, et en provoquant des quintes de toux qui modifient à la fois la pression intra-thoracique et la circulation cardiaque. En tout cas il ne s'agit pas d'épilepsie à aura laryngée et il faut en séparer également les crises laryngées (quand elles ne s'accompagnent pas de la perte de connaissance). A. CARTAZ.

**Sullo spasmo glottico e la tetania nei bambini, par P. MASUCCI** (*Arch. ital. di pediat.*, *XII*, *4*).

M. vient confirmer, par ses propres recherches, la relation admise par Trousseau, Kassowitz, Paulsen, etc., entre le spasme laryngé et le rachitisme. Sur 20 cas de spasme glottique qu'il a observés, le rachitisme était nul 4 fois, léger 8 fois, assez prononcé 3 fois, intense 5 fois. Au

point de vue du cranio-tabes, 4 fois les enfants n'en présentaient pas ; 10 fois il était léger, 6 fois très prononcé. Ces spasmes glottiques se sont montrés tantôt avec des symptômes de tétanie, tantôt isolés. Dans la majeure partie des cas il existe en somme du rachitisme, mais les spasmes peuvent cependant se produire en dehors de tout état de ce genre.

A. CARTAZ.

**Pulsirender Kehlkopf in Folge von Gefässanomalien, par LITTEN** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 7, p. 180, 12 février 1895*).

Femme se plaignant de palpitations, avec tachycardie, sensation désagréable dans la gorge, battements des vaisseaux du cou et pulsations du larynx. Le cou était émacié ; le larynx, très proéminent, était pulsatile. Le choc de la pointe du cœur soulevait un peu la paroi. Dilatation et fortes pulsations du tronc brachio-céphalique, de la carotide et de la sous-clavière. A l'autopsie, cœur normal. De l'aorte partaient 4 au lieu de 3 artères ; entre la carotide et la sous-clavière gauches, se voyait un gros vaisseau, une thyroïdienne profonde qui, après un trajet vertical jusqu'au deuxième cartilage trachéal, se divisait en 3 branches s'étalant en pinceau sur le corps thyroïde. Le tronc brachio-céphalique, allongé et dilaté, recouvrait les 2/3 de la trachée à sa partie inférieure et, en haut, la plus grande partie du larynx ; de son point de départ de la crosse aortique jusqu'à son point de bifurcation en carotide et sous-clavière, il avait 6 centimètres et demi de longueur au lieu de 3 et demi ; son diamètre était de 3,8 au lieu de 1,3 ; celui de la sous-clavière 2,6 au lieu de 1,2 ; celui de la carotide gauche 2,4 au lieu de 1,1. La thyroïdienne profonde gauche avait un diamètre de un centimètre et demi, la thyroïdienne inférieure manquait et les autres artères laryngiennes étaient normales.

*Langraf* a observé 2 cas de pulsations des voies aériennes supérieures ; l'un chez un Italien qui accusait des battements descendants, bien qu'à l'examen ils fussent ascendants ; dans l'autre, il s'agissait de battements de la trachée résultant d'une persistance du trou de Botal.

*P. Heymann* a présenté en 1890 à la Société laryngologique un cas de larynx pulsatile dans lequel les battements étaient visibles au laryngoscope.

J. B.

**I. — Ueber den Bau und die histologische Stellung der sogenannten Stimmbandfibrome, par O. CHIARI** (*Arch. f. Laryngologie*, *II*, *1*).

**II. — Sur l'origine et la structure des polypes dits muqueux des cordes vocales, par le même** (*Annales des mal. de l'or.*, *février 1895*).

I et II. — Dans ces deux articles, C. établit que le fibrome et le myxome laryngiens sont fort rares. Les fibromes sont, dans la majorité des cas, de simples hypertrophies de la portion superficielle de la corde vocale ; les soi-disant polypes muqueux ne sont également que le résultat de plis muqueux des cordes. Les vrais myxomes sont des plus rares. 16 observations dans le premier travail, 4 dans le second avec ablation et examen histologique à l'appui des assertions de l'auteur.

A. CARTAZ.

**Sur un cas de mort, chez l'adulte, par pénétration dans la bronche gauche d'une canule à trachéotomie, par LAUTIER** (*Bulletin de la Soc. sc. de l'Ouest*, *III*, *4*, *p. 223*).

Homme de 60 ans, trachéotomisé quinze ans auparavant pour un rétré-

cissement laryngé. Le malade employait depuis des années la même canule. Cet instrument, en fort mauvais état, sans ailerons, glisse dans la trachée. Tentatives infructueuses d'extraction avec des pinces ; la canule semble engagée à la bifurcation des bronches. Mort par asphyxie. A l'autopsie, on trouve la canule engagée dans la bronche gauche.

A rapprocher des observations de Hueter, Nélaton, Pauly, etc... (*R. S. M.*, XXXIII, 709.) A. CARTAZ.

**A case of foreign body (pièce de monnaie), engaged in the ventricles of the larynx, par DE ROALDES** (*New York med. journ.*, *27 octobre 1894*).

Homme de 25 ans, tenant dans sa bouche une pièce d'un demi-dollar ; la pièce glisse dans le larynx. Dyspnée, troubles de la voix. La pièce était engagée à plat, dans les ventricules, reposant sur les cordes vocales, très distinctement visible au laryngoscope. Après cocaïnisation, R. put l'enlever avec la pince de Schrœtter par une traction vigoureuse. A. CARTAZ.

**I. — Ueber luetische Verwachsungen in den oberen Luftwegen, par P. HEYMANN** (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 33*, *p. 766*, *13 août 1894*, *et n° 42*, *p. 967*, *15 octobre 1894*).

**II. — Deux cas de rétrécissements syphilitiques du larynx, par ROSENBERG** (*Ibid.*, *n° 33*, *p. 767*).

I. — 1° Femme de 31 ans, syphilis il y a 4 ans ; ulcérations gommeuses de l'épiglotte et de l'orifice supérieur du larynx dont les progrès entraînèrent la destruction partielle de l'épiglotte et un rétrécissement de la gorge. Puis survint une angine phlegmoneuse qui accrût encore l'étroitesse du pharynx et obligea Heymann, devant l'imminence d'asphyxie, à pratiquer la trachéotomie. Dès le 10e jour après cette opération, la femme pouvait quitter l'hôpital et suivre un traitement ioduré qui a amené la cicatrisation des lésions du larynx et du pharynx. Maintenant, les deux piliers postérieurs du palais sont soudés dans toute leur étendue avec la paroi pharyngée postérieure, ne laissant entre eux qu'une petite fente, arrondie en haut où elle est formée par les vestiges de la luette ; les amygdales sont rapprochées de la ligne médiane. Au-dessous de cet orifice, on voit à la paroi postérieure du pharynx des cicatrices blanches rayonnées et des régions rouges encore érodées en partie. De chaque côté, la base de la langue est soudée à la paroi postérieure du pharynx, et il ne subsiste comme passage vers le larynx et l'œsophage qu'une ouverture excentrique, ovale, irrégulière, admettant à peine le petit doigt ; les adhérences sont un peu plus étendues latéralement du côté droit où il ne reste plus trace de l'amygdale linguale. A travers cet orifice, on distingue l'épiglotte informe, épaissie et soudée également à droite avec la paroi pharyngée. La corde vocale gauche est intacte et se meut librement, tandis que le côté droit de la glotte est tuméfié en bourrelet et semble gêné dans ses mouvements.

2° Jeune homme ayant de l'enrouement depuis l'âge de 15 ans, et n'ayant été traité que par les préparations iodées. A la partie supérieure du voile palatin, se trouve un trou de forme irrégulière, à bords lisses et cicatrisés ; la luette manque. Le pilier postérieur droit du palais est soudé avec la paroi postérieure du pharynx. L'espace naso-pharyngien, bien accessible à l'œil, ne présente qu'une petite cicatrice sur la paroi postérieure. La base de la langue est normale ; l'épiglotte raccourcie du côté droit. Les ligaments pha-

ryngo-épiglottiques sont très épais et courts. Le cartilage aryténoïde droit est énormément augmenté de volume et un peu luxé en dedans, de sorte qu'il proémine dans la lumière du larynx. La corde vocale droite est immobile, tandis que le côté gauche du larynx est en somme normal. Au-dessous du bord libre des cordes vocales, s'aperçoit une forte membrane charnue occupant les quatre cinquièmes antérieurs de la glotte et s'étendant davantage en arrière à gauche qu'à droite.

3° Coexistence de lupus de la face et de syphilis héréditaire chez une jeune fille. Atrophie des follicules de la base de la langue qui présente en outre, du côté gauche, une dépression cicatricielle due à une gomme. Cicatrices rayonnées à la paume des mains. Piliers postérieurs soudés, surtout le gauche, à la paroi postérieure ; épiglotte presque entièrement détruite, formant une saillie irrégulière ; de sa partie inférieure, s'étend d'avant en arrière un repli cicatriciel se dirigeant vers les cartilages aryténoïdes ; le repli de droite est en partie détruit par un ulcère. Soudure des fausses cordes vocales. Corde vocale inférieure gauche ne subsistant qu'à l'état de vestiges cicatriciels.

Le pharynx présente trois sièges de prédilection pour les adhérences et rétrécissements syphilitiques : 1° immédiatement en arrière des narines postérieures ; 2° à l'union du pharynx nasal avec la cavité bucco-pharyngienne ; 3° immédiatement au-dessus de l'épiglotte. Les lésions syphilitiques analogues du larynx consistent généralement en adhérences membraneuses des cordes vocales vraies et fausses ; moins souvent en adhérences obliques, en déplacements des cartilages, etc. Un fait remarquable, c'est la fréquence relative d'adhérences dans la forme héréditaire de la syphilis.

II. — 1er *cas*. Offre un exemple de rétrécissement commençant. Le malade avait été traité pour des ulcérations tuberculeuses du larynx. Base de la langue couverte d'ulcérations profondes avec enduit onctueux ; hypertrophie des follicules clos de la région. De l'épiglotte, ne subsiste que la base sous forme de petit moignon soudé à la base de la langue avec les portions attenantes des replis ary-épiglottiques qui sont profondément ulcérés, surtout le droit, au niveau des cartilages aryténoïdes. Hypertrophie, tuméfaction et rougeur des cordes vocales supérieure et inférieure droites ; la corde vocale droite est très entravée dans ses mouvements. Adénites sous-maxillaires et cervicales postérieures. Au bout de 15 jours, l'iodure de potassium a produit une amélioration notable. La voix est redevenue claire. Les ulcérations de la base de la langue ont presque entièrement disparu. La corde vocale a beaucoup diminué de volume.

2e *cas*. Rétrécissement considérable du larynx dû à des cicatrices des replis ary-épiglottiques qui ont entraîné l'épiglotte à recouvrir complètement l'entrée du larynx et l'ont mise au contact de la paroi pharyngée postérieure. Il faut cocaïniser le malade et soulever l'épiglotte pour pouvoir jeter un coup d'œil dans le larynx. On voit alors des cicatrices profondes tant sur la face supérieure de l'épiglotte que sur les replis ary-épiglottiques, surtout sur le gauche. Le cartilage aryténoïde gauche manque presque tout entier. Les cordes vocales, à leur partie antérieure se touchaient et, en arrière, ne laissaient qu'une étroite fente triangulaire insuffisante pour la respiration. Après plusieurs mois d'introduction des bougies creuses de Schrötter, la corde vocale gauche a récupéré un peu de ses mouvements de la respiration est redevenue beaucoup plus libre. J. B.

**Étude sur la laryngotomie, tailles laryngées, par M. LESEIGNEUR** (*Thèse de Paris, 1894*).

Dans ce travail de revue critique, une seule observation inédite, l'auteur indique les principales circonstances dans lesquelles la laryngotomie

doit être choisie de préférence à l'intervention intra-laryngée ou à toute autre méthode (jeune âge, position rabattue de l'épiglotte, corps étrangers, tumeurs).

L'auteur insiste sur l'application de la laryngotomie dans les tumeurs malignes ; l'opération permet le contrôle du diagnostic, l'éradication complète de la tumeur, et peut être immédiatement suivie de l'ablation du larynx, si le néoplasme est trop étendu.

Dans la seconde partie de son travail, L. indique les divers procédés opératoires, discute leur valeur réciproque et montre qu'ils répondent les uns et les autres à des indications particulières. La laryngotomie verticale totale est le procédé de choix, à moins de contre-indication ; il permet un large accès du larynx.

Suivent quelques considérations sur les complications pendant et après l'opération et une statistique portant sur 362 opérations, donnant y compris les laryngotomies antérieures à l'antisepsie, 4,69 0/0 de morts.

A. CARTAZ.

**I. — Demonstration der Präparate zweier durch Exstirpation des Kehlkopfes geheilter Fälle von Carcinoma laryngis, par R. VIRCHOW** (*Berlin. klin. Woch., n° 31, p. 707, 30 juillet 1894*).

**II. — Bemerkungen zu dem von mir....., par Julius WOLFF** (*Ibid., p. 708*).

1er *Cas.* — Homme auquel Thiersch fit, en 1880, l'ablation totale du larynx pour cancer. Il ne succomba que 4 ans et demi plus tard à une pneumonie accidentelle.

2e *Cas.* — Homme auquel J. Wolff fit, le 8 octobre 1891, l'ablation totale du larynx pour cancer. Il jouit d'une santé parfaite jusqu'au milieu de mars 1894, où apparut à la cuisse droite une tumeur qui se développa rapidement au milieu de vives douleurs. Le fémur se fractura spontanément et le 21 mai suivant le malade succombait dans le marasme. Comme dans le cas précédent, Virchow constata l'absence de toute récidive locale, mais l'existence de deux métastases, l'une au niveau du foyer de fracture située immédiatement au-dessous du petit trochanter ; l'autre, du volume d'une pomme, dans le lobe supérieur du poumon droit ; les ganglions bronchiques et médiastinaux étaient intacts.

Sur près de 200 ablations totales du larynx pour cancer, 4 opérés ont succombé après un temps assez long à une récidive locale ; ce sont : un malade de H. Fischer, homme de 49 ans, mort au bout de 4 ans et demi ; un malade de Novara, homme de 52 ans, mort au bout de 4 ans et 4 mois ; un malade de Thiersch, homme de 36 ans, mort au bout de 3 ans et demi, et un malade de Maydl, homme de 50 ans, mort au bout de 32 mois.

Trois opérés sont restés libres de récidive et de métastases durant un laps variable de 4 ans et demi à 6 ans et ont succombé alors à des affections intercurrentes ; ce sont : un malade de Gussenbauer, homme de 62 ans, mort de pleurésie au bout de 6 ans ; une malade de von Winiwarter, âgée de 55 ans, morte d'apoplexie au bout de 5 ans ; le malade de Thiersch, âgé de 52 ans, dont il est parlé plus haut.

Trois autres opérés sont restés également guéris de 20 à 22 mois et ont été emportés par des affections autres que le cancer ; ce sont : un homme de Péan, âgé de 35 ans, mort d'alcoolisme au bout de 20 mois ; un homme de Newman, âgé de 37 ans, mort d'inanition au bout de

21 mois ; une femme d'Iversen, âgée de 33 ans, morte phtisique au bout de 22 mois.

Le seul cas dans lequel on ait signalé à la fois une récidive locale et des métastases viscérales, concerne une opérée de Thiersch, âgée de 45 ans, qui a succombé 4 mois après l'opération, ayant des ganglions cancéreux du cou et du médiastin et des métastases dans les poumons et les corps des 5e et 6e vertèbres cervicales.

Cinq opérés étaient encore en vie au bout de 3 ans au moins, sans récidive ; ce sont : un homme de Gussenbauer, âgé de 48 ans, qui survivait depuis 7 ans et demi ; un autre opéré du même, âgé de 63 ans, qui survivait depuis 5 ans et 9 mois ; une femme de Schede, âgée de 54 ans, qui survivait depuis 4 ans et demi ; un homme de Bergmann, âgé de 46 ans, qui survivait depuis 4 ans ; et un homme de Caponotto, âgé de 25 ans, qui survivait depuis 3 ans.

Wolff conclut, contrairement à Tauber (*R. S. M.*, XXXIX, 725) à la légitimité de la laryngectomie totale pour cancer (*R. S. M.*, XXXIII, 275 ; XXXVII, 658 et XXXVIII, 309). J. B.

**Quatre cas traités par l'électrolyse endolaryngée, par MERMOD** (*Revue méd. Suisse romande*, *XIV*, *n° 7*, *p. 437*, *juillet 1894*).

1° Homme de 50 ans ; perte partielle de la voix depuis quelques mois, avec légère dyspnée augmentant au moindre effort. Sur toute la longueur de la corde vocale supérieure, tumeur largement pédiculée, dure, bosselée, d'un rouge vineux, ayant l'aspect d'un néoplasme malin et fermant la bonne moitié de la lumière de la glotte. Avant de recourir aux grands moyens, Mermod pratique une seule et longue séance d'électrolyse, en plantant l'aiguille de part en part, suivant la base de la tumeur ; pas de réaction sensible. Huit jours après, la voix revient et la tumeur a disparu. La guérison se maintient depuis 16 mois.

2° Femme de 20 ans ; sténose du larynx par gonflement des cordes vocales inférieures qui ne laissent dans leur plus grand écartement qu'une fente de 4 millimètres. Aphonie, cornage, dyspnée intense. L'examen microscopique ne révèle que du tissu inflammatoire non tuberculeux. Guérison en six semaines après quatre séances d'électrolyse. Voix partiellement revenue.

3° Fille de 23 ans, phtisique au 2e degré. La commissure antérieure du larynx est le siège d'une abondante prolifération englobant la moitié antérieure des cordes vocales et réduisant de moitié la lumière de la glotte. Guérison après cinq séances d'électrolyse, espacées en 3 mois. Etat général excellent depuis un an. Le sommet droit ne présente plus aucun signe suspect et le larynx n'offre qu'un peu de rougeur de la commissure antérieure.

4° Homme de 30 ans ; éversion du ventricule de Morgagni gauche, empiétant sur la commissure, dans laquelle le sac a contracté des adhérences, aussi ne peut-on le réduire que partiellement. A l'arrachement à la pince coupante, Mermod préfère encore ici l'électrolyse, pour éviter les adhérences cicatricielles entre les deux cordes à leur angle de réunion. Après deux séances, à un mois d'intervalle, le malade a recouvré sa voix antérieure ; image laryngoscopique normale.

Mermod est toujours partisan convaincu de l'emploi de l'électrolyse dans la plupart des affections du larynx, tuberculeuses ou non, réclamant une intervention chirurgicale. Il voit dans l'électrolyse un agent sclérogène de premier ordre, donnant peu de réaction et surtout un résidu

cicatriciel minime, ce qui est des plus importants pour la commissure antérieure où la moindre synéchie compromet irrémédiablement la voix.

J. B.

**Colour audition and its relation to the voice, par George E. THORP** (*Edinb. med. Journ., juillet 1894*).

L'auteur, Américain d'origine et très bon musicien, possède la faculté non seulement de se représenter les sons sous une forme colorée mais aussi sous la forme d'une figure. Pour lui, certains sons ont la forme arrondie, d'autres rectangulaire, en même temps, ils lui donnent l'impression d'une couleur toujours la même pour le même son. La forme et la grandeur de ces figures sont en rapport avec la sonorité de la voix parlée.

H. DE BRINON.

**Du torticolis ab aure læsa, par GELLÉ** (*Soc. de biol., 10 novembre 1894*).

Les muscles rotateurs de la tête et du cou, le sterno-mastoïdien surtout, sont des muscles de l'accommodation auditive dirigeant le conduit de l'oreille dans la direction du courant sonore. Ils sont innervés par le spinal. D'une part, les lésions otiques et méningées produisent par action réflexe des rotations de la tête par contraction des muscles du côté lésé ; d'autre part, l'expérimentation montre la même chose, contraction des muscles du côté où l'on excite la zone motrice. L'auteur signale chez l'homme et les animaux des contractures du cou avec déviation de la tête consécutivement aux affections suppuratives des oreilles et à leurs complications méningées. Des expériences sur le lapin ont montré la contracture avec torticolis dans les lésions de l'oreille moyenne seule. Chez l'homme, le torticolis antérieur s'observe dans les otites suppuratives, mastoïdites ; quand la contracture se généralise, qu'il y a raideur de la nuque, les méninges sont envahies. Dans un second groupe, on trouve les cas de torticolis précédant les signes otiques, les accès épileptiformes et le coma. Dans un troisième groupe, le torticolis précède la surdité sans signes otiques. Dans un quatrième groupe, chez les jeunes enfants, la contracture du cou doit faire penser à une lésion otique.

DASTRE.

**Contribution à l'étude pathogénique des troubles auditifs du tabes, par COLLET** (*Progrès méd., 8 décembre 1894*).

Sur 51 tabétiques examinés dans les hôpitaux de Lyon, l'auteur a trouvé presque constamment des lésions de l'oreille. Sur 16 malades il a relevé la simultanéité des lésions de l'oreille et de troubles dans la sphère du trijumeau, névralgies, anesthésie, analgésie, troubles vasomoteurs ou trophiques, etc. La lésion du trijumeau siégeait du même côté que la lésion auriculaire, si elle était unilatérale, ou du côté de la lésion auriculaire la plus accentuée, en cas de bilatéralité. L'auteur admet que si, dans certains cas, le tabes frappe simultanément l'auditif et le trijumeau, dans d'autres la lésion de l'oreille ne serait qu'un trouble trophique soumis à l'influence du trijumeau.

H. L.

**Les staphylocoques et l'otorrée, par M. LERMOYEZ et F. HELME** (*Annales mal. de l'or., janvier 1895*).

Si l'on examine le pus d'une otite moyenne aiguë au début, au moment par exemple de la paracentèse du tympan, on constate que le plus ordinairement l'otite est monomicrobienne, streptocoque ou pneumocoque. Plus tard elle devient polymicrobienne ; les staphylocoques, l'albus en particulier, y dominent. En dehors des causes d'infection par la gorge, par les parois du conduit, les auteurs pensent que le plus souvent cette infection surajoutée est causée par des objets de pansement non stérilisés, l'ouate notamment, qu'on roule autour des stylets.

Pour prévenir la chronicité de l'otorrée, il faut veiller à l'asepsie du nez, de la bouche, du conduit auditif ; il faut veiller aussi à l'asepsie des instruments, des pansements. Pour stériliser l'ouate, L. et H. conseillent le moyen suivant très simple : tremper dans l'alcool boriqué saturé le porte-ouate une fois garni et l'enflammer ; le coton ainsi flambé est stérilisé parfaitement. Grâce aux propriétés ignifuges de l'acide borique, le coton n'est pas brûlé et est à peine chaud. A. CARTAZ.

**Sul serramento della mascelle consecutiva a lesioni dell'orecchio, par G. FERRERI** (*Arch. ital. di otol., III, 1*).

F. rappelle les conditions dans lesquelles survient la constriction des mâchoires et montre que cette lésion peut survenir à la suite d'inflammation de l'oreille. Dans 3 cas qu'il a eu à traiter, 2 chez des hommes adultes, le troisième chez un enfant de 10 ans, l'otite fut suivie d'arthrite temporo-maxillaire et de constriction des mâchoires. Deux de ces malades ne purent être suivis ; chez le troisième, homme de 40 ans, il fallut après la disparition des phénomènes inflammatoires du côté de l'oreille, intervenir pour la constriction des mâchoires. F. pratiqua une pseudarthrose artificielle (procédé de Rizzoli) sur le maxillaire. Les résultats furent très satisfaisants.

A. CARTAZ.

**L'otite moyenne des nouveau-nés, par A. HARTMANN** (*Arch. ital. di otol., III, 1*).

Résultats de l'examen des oreilles chez 47 nourrissons. Chez 37, H. a trouvé une otite moyenne suppurée, 28 fois bilatérale, 9 fois unilatérale. 4 fois l'otite fut méconnue pendant la vie.

L'examen du pus a montré les microorganismes les plus divers : bacille de la grippe, streptocoques, bacille tuberculeux, staphylocoque. Dans un cas, on trouva le bacille pyocyanique dans l'exsudat purulent méningé consécutif à l'otite et le diplocoque pneumoniæ dans le sang du cœur, dans l'oreille et le poumon.

H. insiste, d'après cette fréquence de l'otite, sur la nécessité d'examiner l'oreille dans toutes les manifestations fébriles chez les jeunes enfants. A. CARTAZ.

**I. — De l'étiologie otique de certains cas de paralysies faciales dites « a frigore », par M. LANNOIS** (*Ann. mal. de l'or., novembre 1894*).

**II. — De l'étiologie otique de certains cas de paralysie faciale, par C. BONTHOUX** (*Thèse de Lyon, 1894*).

I. — L. vient confirmer par de nouveaux faits très bien observés l'origine otique de cas de paralysie faciale souvent attribuées au froid et bien établie dans le travail de Gellé (*Ann. mal. de l'or.*, 1890). Gellé avait trouvé sur 31 cas 28 fois une lésion otique suffisante pour expliquer par l'irritation et la compression du facial la paralysie consécutive.

Les 15 cas de L. se rapportent à des otites moyennes non suppurées, donnant naissance à du gonflement inflammatoire du névrilème dans le canal de Fallope. Cette origine rend du reste bien compte de certains signes observés : fièvre, douleurs d'oreille, troubles de l'ouïe.

Burnett (*Med. News*, 24 novembre 1894) publie un cas tout à fait confirmatif des idées de Lannois.

II. — B. développe les idées de son maître et publie une série d'observations probantes à l'appui de cette pathogénie. A. CARTAZ.

**I. — Three cases of unintentional opening of the lateral sinus, par J.-E. SHEPPARD** (*Arch. of otology, XXIII, 3*).

**II. — Quattro casi di apertura involontaria del seno laterale in operazioni sulla mastoide, par G. CHIUCINI** (*Arch. ital. di otol., III, 1*).

I. — Relation de 3 cas de trépanation mastoïdienne (chez des malades de 64, 21 et 55 ans) pour otite moyenne suppurée avec abcès des cellules, dans lesquels il y eut ouverture du sinus latéral. Dans ces 3 cas la trépanation avait été faite dans la ligne classique et le curetage de l'antre avait été pratiqué avec de grandes précautions. L'hémorragie fut arrêtée par un tamponnement à la gaze iodoformée ; guérison sans complications.

II. — Dans les observations de Chiucini, il s'agit d'un enfant de 7 ans, d'hommes de 46, 20 et 60 ans. Il s'agissait aussi de trépanations mastoïdiennes pour otite suppurée. Ouverture du sinus latéral, tamponnement à la gaze iodoformée ; guérison sans accidents.

C. rappelle les observations analogues antérieures et montre que des dispositions anatomiques anormales, l'inflammation de la paroi, peuvent donner lieu à cet accident, alors même que l'opération a été conduite dans toutes les règles. A. CARTAZ.

**I. — Die neuesten Fortschritte in der Behandlung otitischer Hirnkrankheiten, par KÖRNER** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 14, p. 450 et 451, 15 juillet, et Berlin. klin. Woch., n° 32, p. 749, 6 août 1894*).

**II. — Die Erfahrungen über Sinusthrombose während des Jahres 1893 an der Lucae'schen Klinik, par JANSEN** (*Ibid.*).

**III. — Beitrag zur Operation des otitischen Kleinhirnabscesses, par HANSBERG** (*Ibid.*).

I. — Les interventions chirurgicales sur le cerveau nécessitées par des otites ont donné 43 0/0 de guérisons quand on ne liait pas la jugulaire,

50 ou 56 0/0 de succès quand on liait la jugulaire après l'évacuation du sinus et 69 0/0 quand la ligature de cette veine était faite préalablement.

II. — En 1893, il a été observé à la clinique de Lucae, 12 cas de thrombose des sinus comprenant 2 cas de suppuration bornée au golfe jugulaire, 1 thrombose des sinus caverneux et pétreux supérieur et 9 thromboses du sinus transverse dont 6 compliquées de thrombose de la jugulaire et 2 de thrombose du sinus caverneux. Par une intervention précoce et énergique, on peut espérer limiter la thrombose au sinus transverse et même ne rencontrer qu'une thrombose isolée du golfe jugulaire. Parmi les dangers de la thrombose des sinus, les métastases pulmonaires et l'arachnitis suppurée méritent d'être signalées mais leur fréquence varie beaucoup suivant le sinus thrombosé. Dans la thrombose de la jugulaire, on observe l'infection purulente et les métastases 76,5 fois sur 100 ; dans celle du sinus transverse, 35,5 0/0 ; dans celle du sinus pétreux inférieur moins de 30 fois sur 100, enfin pas du tout dans celle du sinus caverneux. L'infection purulente par phlébite osseuse est très rare sans thrombose veineuse concomittante. La thrombose simple du sinus sans processus de décomposition peut rester complètement latente. Les symptômes les plus caractéristiques sont la fièvre pyohémique avec frissons et métastases, la névrite optique, les phénomènes d'irritation des méninges, les signes du côté de la veine jugulaire, etc. Le point le plus important, est un diagnostic précoce de l'abcès entourant le sinus, car en l'évacuant on empêche la formation ou la fonte purulente d'une thrombose et dans d'autres cas, on reconnait ainsi l'existence d'une thrombose jusque-là latente.

III. — Garçon de 14 ans ayant une otorrhée depuis 6 ans ; tuméfaction de l'apophyse mastoïde, frissons. Ayant diagnostiqué une thrombose des sinus, le 15 avril on trépane l'apophyse remplie d'un pus putride. Perte de substance dans la gouttière sigmoïde qu'on ouvre largement ainsi que la partie postérieure de l'apophyse mastoïde jusqu'au canal demi-circulaire externe. Ablation d'un tronçon de la voûte cranienne au-dessus du sinus transverse. Cavité de la grosseur d'un œuf de pigeon dans le cerveau, avec fistule jusqu'au dessous de l'antre mastoïdien. Le 4e jour, en changeant le pansement, on découvre et incise un deuxième abcès au-dessus du premier ; mort le 24 avril. A l'autopsie, on trouve dans la fosse cranienne postérieure un abcès provenant non du cervelet mais du lobe temporal. J. B.

# RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

*Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1894.*

---

## A

**Abcès.** — Des abcès sous-diaphragmatiques d'origine gastro-intestinale, par Grandsire. (*Thèse de Paris.*) — Traitement des inflammations phlegmoneuses par les pansements à l'alcool, par Salzwedel. (*Deut. milit. Zeit.*, 7.)

**Abdomen.** — Phénomènes de la production de l'hydropisie abdominale, par Oliver. (*Lancet*, 24 novembre.) — Analyse d'un liquide de ponction abdominale, par Adolph Jolles. (*Wiener med. Woch.*, 24 novembre.) — Des vergetures cutanées en dehors de la grossesse, par Senator. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 juin.) — Sur les points d'élection des maladies abdominales, par Byron Robinson. (*Medical Record*, 8 décembre.) — Commentaires sur quelques cas rares de chirurgie abdominale, par Cushing. (*Ibid.*, 27 octobre.) — Des phlegmons de l'abdomen symptomatiques, des néoplasmes de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif, par Opin. (*Thèse de Lyon.*) — Sur les contusions abdominales graves, par Manley. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 10 novembre.) — Contusion de l'abdomen, rupture du canal thoracique, par Manley. (*Med. News*, 3 novembre.) — Contusion de l'abdomen par roue de voiture, rupture du rein droit et perforation du duodénum, mort par hémorragie intestinale, par Sourdille. (*Soc. anat. Paris*, 26 octobre.) — Sur un cas de contusion abdominale avec perforation intestinale consécutive. Mort par péritonite, par Lapointe. (*Union méd.*, 17 novembre.) — Fibromes de la paroi abdominale et fibromes utérins ; difficultés possibles de diagnostic, par Folet. (*Bull. méd. du Nord*, p. 329, 10 août.) — Fibrome de la paroi abdominale, par Lathuraz. (*Lyon méd.*, 18 novembre.) — Un signe diagnostique des néoplasmes de l'abdomen, par Muttenheimer. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 mars.)

**Accouchement.** — Méthodes d'instruction obstétricale, par Markoe et Lambert. (*Americ. j. of med. sc.*, novembre.) — Cours d'accouchements, par Gaulard. (3 vol. in-8°, *Paris.*) — De l'organisation d'un service obstétrical gratuit et à domicile créé à Toulouse, par Toujan. (Broch., *Toulouse.*)

— Chirurgie obstétricale, par GRANDIN. (207 p., *Philadelphie.*) — Du travail de la parturition chez les Indiennes, par GODFREY. (*Medical Record*, 1er décembre.) — Des soins à donner aux femmes en couches, par PINARD. (*Bull. méd.*, 11 novembre.) — Accidents gravido-cardiaques; accouchement provoqué à huit mois; guérison, par CHAMBRELENT. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 décembre.) — Ustilago maydis, comme moyen de renforcer les contractions utérines, par V. GROUZDIEFF. (*Vratch*, 12 mai.) — Œdème des téguments résultant de lésions obstétricales chez un fœtus atteint d'ascite et d'hydrothorax par affection du placenta, par HORST-BREHM et GOTTSCHALK. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 avril.) — Température, après la délivrance, en rapport avec la durée et les divers incidents du travail, par GILES. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVI, p. 238.) — Changement manuel des présentations de la face et du front en présentations occipitales, par THORN. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXI, 1.) — Présentation du front, tentatives de transformation en présentation du sommet, par SCHUHL. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 novembre.) — Sur un cas de vagissement intra-utérin, par DE MONTIGNY. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, III, 3.) — De la rigidité cadavérique intra-utérine, par LANGE. (*Cent. f. Gynaek.*, 1er décembre.) — Note sur un cas de sténose du cordon ayant amené la mort du fœtus, par JAGOT. (*Bull. Soc. de méd. Angers*, p. 52, 1er semestre.) — Etiologie de l'hydramnios aiguë, par W.-S. GROUZDIEFF. (*Vratch*, 13 octobre.) — Accouchement par le siège. Pieds bots; spina bifida. Hydrocéphalie, par LEDRAIN. (*Progrès médical*, 6 octobre.) — Technique de la perforation de la tête dernière, par DEMMER. (*Cent. f. Gynaek.*, 11 novembre.) — De la perforation de la tête dernière, par RŒSING. (*Ibid.*, 8 décembre.) — De la perforation de la tête dernière, par STRASSMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 juin.) — Sur le cloisonnement transversal du vagin au point de vue obstétrical, par MAGENDIÉ-HUSTÉ. (*Thèse de Paris.*) — Accouchement dans un cas d'atrésie du col utérin, par P. VOYNALOWITCH. (*Vratch*, 4 août.) — De la rétroflexion fœtale, par REMFRY. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVI, p. 227.) — Deux cas de procidence du cordon, par OUI. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 25 novembre.) — De la dystocie causée par la rétraction de l'anneau de Bandl, par DÉMELIN. (*Rev. gén. de clin.*, octobre.) — Un cas de dystocie due au volume anormal du fœtus, par VALLOIS. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Dystocie par rétrécissement syphilitique du col, par CIOIA. (*Ann. di ostet.*, août.) — Un cas de rupture utérine par ectopie congénitale du rein gauche faisant obstacle à la délivrance, par ALBERS-SCHONBERG. (*Cent. f. Gynaek.*, 1er décembre.) — L'accouchement prématuré dans les cas de bassin rétréci, par BEUTTNER. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 2.) — Traitement par le curetage utérin de la rétention des membranes et du placenta, par GUIDEZ. (*Thèse de Lille.*) — Un cas d'embryotomie; deux cas de décapitation spontanée de fœtus en cas d'avortement, par HÜTER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 811, 27 août.) — Première application du mensurateur levier préhenseur de Farabeuf, par PINARD. (*Bull. Acad. méd.*, 6 novembre.) — Accouchement prématuré provoqué et symphyséotomie, par PERRET. (*Thèse de Paris.*) — Les bassins rétrécis sont-ils dilatables sans symphyséotomie, par VARNIER. (*Ann. de gynéc.*, décembre.) — Un cas de symphyséotomie, par ENGSTROEM. (*Ibid.*, décembre.) — Un cas de symphyséotomie, par BRANFOOT. (*Brit. med. j.*, 15 décembre.) — Symphyséotomie, par HARRIS. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — Sur la symphyséotomie, par GARRIGUES. (*Medical Record*, 10 novembre.) — Une opération césarienne et deux symphyséotomies, par LAURO. (*Soc. ital. di ostet.*, 15 octobre.) — Accouchement prématuré, symphyséotomie et céphalotripsie, par MAROCCO. (*Ibid.*) — Un cas de symphyséotomie, par WHEELER. (*Boston med. J.*, 27 décembre.) — Forceps à traction axiale, par MC GILLICUDDY. (*N.-York Acad. of med.*, 22 novembre.)

**Acné.** — De l'acné et des états séborréiques, par Schuetz. (*Arch. f. Dermat.*, XXX, 2.)

**Acromégalie.** — Un cas d'acromégalie, par Pershing. (*Journ. of nerv. dis*, novembre.) — *Idem*, par Parsons. (*Ibid.*) — Un cas d'acromégalie, par Jorge. (*Arch. di psichiat.*, XV, 4 et 5.) — De l'acromégalie, par M. Sternberg. (*Zeit. f. klin Med.*, XXVII, 1 et 2.) — Pathogénie de l'acromégalie, par Tamburini. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 3 et 4.)

**Actinomycose.** — De l'actinomycose dans l'armée, par Düms. (*Deut. milit. Zeit.*, 4.) — Etiologie de l'actinomycose, par Ammentorp. (*Wiener klin. Woch.*, 28.) [— De la morphologie et de la disposition systématique du bacille tuberculeux et de la formation de renflements dans l'actinomycose et la tuberculose, par Coppen Jones. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 1.) — Actinomycose envahissant la peau, par Pringle. (*Royal med. and chir. Soc.*, 13 novembre.) — Actinomycose du maxillaire supérieur gauche simulant une lésion syphilitique, par Garcin. (*Lyon méd.*, 23 déc.) — Actynomycose du poumon simulant une phtisie, par Bérard. (*Ibid.*) — Actinomycose de l'oreille moyenne, abcès actinomycosique du temporal, par Zaufal. (*Prager med. Woch.*, 27.) — Actinomycose, pénétration par des dents cariées, par Partsch. (*Hyg. Rundschau*, III, 21.) — Deux cas d'actinomycose du cerveau, par C.-H. Martin. (*Journ. f. path. and bact.*, III, 1.) — De l'iodure de potassium dans l'actinomycose, par Bérard. (*Thèse de Bordeaux.*)

**Air.** — Analyse microbiologique de l'air, par Pereira. (*Thèse de Porto.*)

**Albumine, urie.** — Recherches sur les cendres d'albumine, par Nencki. (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, XXXIV, 5 et 6.) — Sur la valeur nutritive des albuminoïdes, par E. Hildebrandt. (*Morgagni*, juillet.) — Les albumoses dans les épanchements séreux, par Gillespie. (*Rep. Labor. coll. phys., Edinburgh*, V, p. 51.) — Emploi des solutions de nucléine, par Mattson. (*N.-York med. j.*, 15 décembre.) — De l'albuminurie dite physiologique. par Spiegler. (*Wiener med. Blätter*, 38.) — De l'albuminurie prétuberculeuse, par Teissier. (*Cong. de méd. Lyon*, octobre.) — Pathogénie dyscrasique de l'albuminurie brightique, par Semmola. (*Ibid.*) — De l'albuminurie prétuberculeuse, par Bory. (*Thèse de Lyon.*) — De l'ulcération albuminurique de l'intestin, par Dickinson. (*Med. chir. Trans.*, LXXVII, p. 111.) — Recherches sur la peptonurie, par Stadelmann. (In-8°, 104 p., *Wiesbade.*)

**Alcool, isme.** — De l'influence du cognac sur l'assimilation de l'azote et des graisses, etc., par Chendrikowski et Dombrowski. (*Vratch*, 13 octobre.) — L'alcool et l'alcoolisme, par Joffroy. (*Méd. moderne*, 29 décembre.) — Les effets de l'alcool sur la population civile et militaire, par Mc Farland. (*Dublin Journal*, décembre.) — Sur l'alcoolisme, par C. Mann. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 décembre.) — Tempérance et abstinence (études sur les questions civiles relatives à l'alcoolisme), par A. Schmitz. (*Bonn*). — Rôle de l'alcool dans les perversions sexuelles, l'épilepsie et autres troubles psychiques, par Forel. (*Deut. med. Woch.*, 27 décembre.) — Hallucinations psychomotrices dans l'alcoolisme, par Vallon. (*Soc. méd. psych.*, 26 novembre.) — Curabilité de la cirrhose alcoolique, par Oudiné. (*Thèse de Paris.*) — Du delirium tremens, traitement par le chloralose, par Haskovec. (*Soc. de biol.*, 15 décembre.) — La cure des buveurs, par Marandon de Montyel. (*Ann. méd. psych.*, novembre.) — Des asiles spéciaux pour alcooliques, discussion. (*Soc. méd. psych.*, 29 octobre.) — L'asile projeté pour

les alcooliques de la Seine, par MARANDON DE MONTYEL. (*France méd.*, 5 octobre.)

**Aliénation.** — Asiles d'aliénés, leur organisation et administration, par MERCIER. (In-8°, *Londres.*)—Erreurs populaires touchant l'aliénation, par PHELPS. (*Med. News*, 24 novembre.) — Aspects nouveaux de la pathologie de l'aliénation, par ANDRIEZEN. (*Brain*, n° 68.) — Des symptômes initiaux des affections mentales, par C. WERNER. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 mai.) — Diagnostic des affections mentales, par SOMMER. (*Vienne.*) — Psychiatrie pour élèves et praticiens, par Th. ZIEHEN. (*Berlin.*) — Relation des processus infectieux avec les maladies mentales, par MILLS. (*Americ. j. of med. sc.*, novembre. — Pathologie du système nerveux dans ses rapports avec les maladies mentales, par MIDDLEMASS et ROBERTSON. (*Edinb. med. j.*, décembre.) — Recherches sur le champ visuel des aliénés moraux, par DE SANCTIS. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 3 et 4.) — Les arcades sourcilières et le sinus frontal des aliénés, par GIANNELLI. (*Ibid.*) — Un phénomène d'automatisme chez les aliénés à rechutes, par CRISTIANI. (*Ibid.*) — Réflexes superficiels et profonds comme aide diagnostique dans les maladies mentales, par AGOSTINI. (*Ibid.*) — Etat mental des dégénérés, par MAGNAN. (*Progrès médical*, 22 septembre.) — Dégénérés et déséquilibrés, par DALLEMAGNE. (In-8°, *Paris.*) — Un cas de démonopathie, par BONFIGLI. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 3 et 4.) — Folie secondaire chez une dégénérée syphilitique présentant de l'artério-sclérose, une affection cardiaque et de l'albuminurie, diagnostic avec la paralysie générale, par JOFFROY. (*Bull. méd.*, 18 novembre.) — Coexistence d'hallucinations verbales auditives sensorielles et d'hallucinations verbales psycho-motrices, dialogues entre les voix extérieures et intérieures, par GARNIER et LE FILLATRE. (*Soc. méd. psych.*, 26 novembre.) — Folie morale, simulation, manie, par COGNETTI DE MARTIIS. (*Giorn. esercito e della marina.*) — Des délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de paranoia, par KERAVAL. (*Arch. de neurol.*, décembre.) — Essai sur les écrits des aliénés, par GARNIER. (*Thèse de Paris.*) — Sur les hallucinations, par H. HOLM. (*Norsk Mag.*, juin.) — Observations statistiques sur les fous criminels, par ALGERI. (*Arch. di psichiat.*, XV, 4 et 5.) — Les hernies et leur signification anthropologique chez les aliénés, par CRISTIANI. (*Ibid.*) — Sur l'emploi des soporifiques dans le traitement des maladies mentales, par Hanz EVENSEN. (*Norsk Mag.*, mai.)—La convalescence des aliénés après le traitement, par STEDMAN. (*Journ. of nerv. dis.*, décembre.) — Le mobilier et les instruments de travail des aliénés pauvres et curables, par TATY. (*Ann. méd. psych.*, novembre.)

**Aliment.** — Hygiène alimentaire des enfants, par E. PÉRIER. (In-8°, 225 p., *Paris.*) — La chimie dans l'alimentation artificielle de l'enfance, par SOXHLET. (*Rev. gén. des sc.*, 15 octobre.) — De l'alimentation des nourrissons par le lait gras suivant la nouvelle méthode de Gaertner, par ESCHERICH. (*Wiener med. Woch.*, 27 octobre.)

**Allaitement.** — Les progrès de l'allaitement artificiel, par VARIOT. (*Journ. de thérap. infant.*, 15 novembre.)

**Amputation.** — Manuel opératoire des grandes amputations des membres, par CREDÉ. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 juin.) — Contribution à l'étude des méthodes modernes d'amputation, par ESTES. (*Medical Record*, 3 novembre.) — Etude psychologique sur les hallucinations des amputés, par ABBATUCCI. (*Thèse de Bordeaux.*) — Cicatrice ulcérée d'un moignon traitée par la transplantation d'un lambeau, par BERGER. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 726.)

— De la désarticulation du genou, par Habs. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 1 et 2.) — Procédé d'amputation de jambe, par Kroenlein. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Amputation des deux jambes par la méthode de Bier, par Isnardi. (*Riforma med.*, 4 août.) — Suture secondaire du lambeau talonnier dans l'amputation sus-malléolaire, par Kummer. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1er février.) — De quelques modifications du procédé de Chopart pour la désarticulation médio-tarsienne, par Sacchi. (*Riforma med.*, 26 septembre.)

**Amygdale.** — Pathologie de l'amygdale linguale, par Kronenberg. (*Berliner Klinik*, n° 77.) — Etude de l'amygdalite aiguë, analogie des orchites ourliennes et des orchites amygdaliennes, par Brumauld des Houlières. (*Thèse de Paris.*) — Amygdalite chronique lacunaire, par Ball. (*Practitioner*, décembre.) — Etiologie des affections rhumatismales, suite de lésions des amygdales, par Wagner. (*N.-York med. j.*, 27 octobre.) — Dyspnée après ablation des amygdales, badigeonnage avec la cocaïne à 4 0/0, par Walker. (*Med. News*, 8 décembre.) — Chancre induré de l'amygdale, par Rosenberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 août.) — Calcul de l'amygdale, par Butler. (*Med. News*, 24 novembre.) — Nouvel amygdalotome, par Marcy. (*N.-York med. j.*, 15 décembre.)

**Anatomie.** — Quelques observations pour servir au déterminisme de la coloration des oiseaux et des mammifères domestiques, par Cornevin. (*Arch. de phys.*, VII, 1.) — Mesures du volume du corps humain et de ses parties aux différents âges, par Mech. (*Zeit. f. Biol.*, XXXI, p. 125.)

**Anatomie pathologique.** — Atlas microphotographique d'anatomie pathologique, par Karg et Schmorl, traduction de Bayet. (27 pl. in-folio, *Paris.*) — Manuel d'anatomie pathologique pratique, par Rolleston et Kanthack. (*Londres.*) — Technique des autopsies anatomo-pathologiques, par H. Chiari. (*Berlin.*)

**Anémie.** — Etiologie de l'anémie pernicieuse, par Silva. (*Riforma med.*, 21 septembre.) — Anémie pernicieuse, analyse de 126 cas, par T.-W. Hirsch. (*Lancet*, 1er décembre.) — De l'anémie pernicieuse chez les femmes enceintes, par Tarnier. (*Bull. méd.*, 16 décembre.) — Hémorragie sous-dure-mérienne dans l'anémie pernicieuse, par Herringham. (*London pathol. Soc.*, 4 décembre.) — Dépôts de fer dans l'anémie pernicieuse, par Scott. (*Royal Acad. of med. Ireland*, 2 novembre.) — De l'action de la ferratine dans le traitement de l'anémie, par Kündig. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIII, p. 498.) — Sur le traitement des anémies par hémolyse par le sublimé corrosif, par P. Castellino. (*Morgagni*, juin.)

**Anesthésie.** — Compte rendu de l'enquête annuelle sur les statistiques d'anesthésies chirurgicales, par Gurlt. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 juillet.) — De l'anesthésie pour le diagnostic des affections du bassin, analyse de 240 cas, par Robb. (*John Hopkins hosp. rep.*, VIII, 7.) — De l'anesthésie en gynécologie, par Schoenherr. (*Thèse de Leipsig.*) — Etude expérimentale sur le masque de Wanscher, par Stoeck. (*Thèse de Bonn.*) — Modification du masque de Julliard, par Ritschl. (*Cent. f. Chir.*, 1er décembre.) — Action du chloroforme sur les fonctions du cerveau et de la moelle, par Brown. (*Med. Record*, p. 791, 22 décembre et *Therap. Gaz.*, 15 décembre.) — De l'action du chloroforme sur le cœur, par Guérin. (*Rev. de chir.*, p. 915, novembre.) — Emploi du vinaigre contre les vomissements consécutifs à la chloroformisation, par Lewin. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 octobre.) — Des

procédés de stimulation dans la mort par le chloroforme, par Gomberg. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 5 et 6.) — Un cas de mort par le chloroforme, par Trechsel. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 5.) — Mécanisme de la mort par chloroforme, par Wilson. (*Lancet*, 17 novembre.) — Traitement de la mort apparente pendant la chloroformisation, par L. Labbé. (*Bull. Acad. méd.*, 30 octobre.) — Ether et chloroforme (un cas de syncope grave par le chloroforme ; continuation de l'anesthésie par l'éther), par A. Jeanneret. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIX, 6, p. 398.) — Observation sur l'anesthésie par l'éther, par L. Szuman. (*Gaz. lek.*, septembre.) — De l'anesthésie par l'éther, par Wanscher. (*Ugesk. f. Lœger.*, R. 5, I, p. 770.) — De la méthode d'anesthésie par infiltration, par Wurdemann. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 29 décembre.) — Note sur le bromure d'éthyle, par Greene Cumston. (*Boston med. Journ.*, 20 décembre.) — De l'antipyrine comme anesthésique vésical, par Vigneron. (*Concours médical*, 11 août.) — Les anesthésiques locaux, l'analgésie par la cocaïne, emploi, doses, etc., par Manley. (*St-Louis.*) — Anesthésie cutanée à la suite d'une injection de thiosinamine, par Keitel. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 décembre 1893.)

**Anévrisme.** — Etiologie et traitement des anévrismes, par Neudoerfer. (*Klin. Zeit. u. Streitfagen*, VIII, 3.) — Bradycardie produite par un anévrisme du sinus de Valsalva, par Pettus. (*N.-York med. j.*, 3 novembre.) — Anévrisme cirsoïde de la tête, ligature de la carotide primitive, par Hamilton. (*Ibid.*, 3 novembre.) — Recherches sur l'anévrisme de l'aorte thoracique, par Puppe. (*Deut. med. Woch.*, 8 novembre.) — Anévrisme de la portion intra-péricardique de l'aorte, par Trénel. (*Soc. anat. Paris*, 16 novembre.) — Anévrisme du cœur, par Marie. (*Ibid.*) — Anévrisme de l'aorte descendante, poche secondaire ayant détruit une portion de la cage thoracique formant tumeur dans le dos, mort par rupture dans la plèvre, par Schwab. (*Ibid.*, 2 novembre.) — Anévrisme de l'aorte et de la veine cave supérieure, par Kettner. (*Wiener klin. Woch.*, 1er novembre.) — Anévrisme aortique rompu dans la trachée restant latent jusque 6 jours avant la mort chez un homme de 35 ans, par A. Fraenkel. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 août.) — Sur l'anévrisme syphilitique de l'aorte, par Kalindero et Babes. (*Roumanie méd.*, septembre.) — Anévrisme du tronc brachio-céphalique, par E. de Renzi. (*Morgagni*, avril.) — Bourdonnements d'oreille, symptôme révélateur d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique, par Lapalle. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 décembre.) — Anévrisme de la sous-clavière et de la carotide droites, par Meyer. (*Soc. méd. Berlin*, 24 octobre.) — Traitement des anévrismes de la sous-clavière et du tronc brachio-céphalique, par Carmine. (*Riforma med.*, 15 décembre.) — Anévrismes multiples, ligature de l'artère humérale et des deux iliaques externes, par Jessop. (*Lancet*, 17 novembre.) — Traitement des anévrismes des membres par l'extirpation du sac, par Littlewood. (*Leeds and west riding med. Soc.*, 2 novembre.) — Extirpation d'anévrismes, par Quénu. (*Bull. Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 5 décembre.)

**Angine.** — Paralysie consécutive à une angine pseudo-membraneuse reconnue comme non diphtérique à l'examen bactériologique, par Bourges. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 1.) — Sur les paralysies du voile du palais consécutives à des angines non diphtéritiques, par Bourges. (*Bull. méd.*, 19 décembre.) — Infection générale par le streptocoque consécutive à une angine catarrhale chez un enfant d'un an, par Rocaz. (*Arch. clin. Bordeaux*, octobre.) — De l'angine consécutive aux concrétions de l'amygdale, par Cline. (*Mississipi valley med. Ass.*, 22 novembre.) — Etiologie de l'angine folliculaire, par Sendziak. (*Arch. f. Laryng.*, II, 2.) — Du traitement des angines non

diphtériques par les badigeonnages de gaïacol glycériné, par Darbouet. (*Semaine méd.*, 19 décembre.) — Sur l'angine de poitrine d'origine stomacale, par Grouzdeff. (*Vratch*, 15 décembre.) — Angine de poitrine coronarienne, par Huchard. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 novembre.) — Aortite subaiguë, mort par angine de poitrine, par Flœrsheim. (*Soc. anat. Paris*, 30 novembre.)

**Angiome.** — Des angiomes sous-cutanés, par Mathez. (*Thèse de Paris.*) — Un cas d'angiome serpigineux, par White. (*Journ. of cutan. dis.*, décembre.) — Des angiomes, par Tansini. (*Riforma med.*, 1er septembre.)

**Anomalies.** — Quelques anomalies rares des nerfs et des muscles, par Elliot Smith. (*Journ. of Anat.*, octobre.) — Anomalies du muscle digastrique, par Morestin. (*Soc. anat. Paris*, 12 octobre.) — Un cas de transposition des viscères, par Galinsky. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIX, 1.) — Pseudo-hermaphrodite, par Moggi. (*Riv. clin. e terap.*, décembre.)

**Antisepsie.** — Asepsie et pharmaciens, par Forgue. (*Nouv. Montpellier méd.*, 22 décembre.) — Antisepsie et chirurgie rurales, par A. Schena. (*Morgagni*, août.) — Recherches bactériologiques sur la valeur de la formaline comme antiseptique, par Vanderlinden et de Buck. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 1.)— L'action antiseptique comparée des acides gras substitués au phénol, par J. Parry Laws. (*Journ. of physiol.*, XVII, 5, p. 360.) — Action de certaines substances antiseptiques sur la levure, par Mann. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 11.) — Pouvoir antiseptique de l'aldéhyde formique, par Pottevin. (*Ibid.*)

**Anus.** — De la fissure à l'anus, par Tédenat. (*Nouv. Montpellier méd.*, 10 novembre.) — Quatre observations d'anus sacré, par Le Dentu. (*Rev. int. de therap.*, II, 18.) — Deux cas d'anus contre nature où l'opération médicale était contre-indiquée, par A. Kohler et von Bardeleben. (*Berl. klin. Woch.*, 11 juin.) — Formation d'un sphincter anal, par Rydygier. (*Cent. f. Chir.*, 10 novembre.) — De l'établissement et de la fonction des anus artificiels, par Lauenstein. (*Ibid.*) — Deux observations d'anus contre nature, opération, guérison, par Zancarol. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 690.)

**Aorte.** — Plaie de l'aorte par coup de couteau, mort subite, par P. Simon. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er décembre.) — Les embolies de l'aorte abdominale, par J.-J. Matignon. (*Méd. moderne*, 26 mai.)—Un cas d'athéromatose annulaire de l'aorte ascendante, avec tous les symptômes d'un rétrécissement avec insuffisance aortique, par Aufrecht. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIII, p. 562.) — La névrite du plexus cardiaque et l'angine de poitrine liées à l'aortite en plaques ou aortite paludique, par Lancereaux. (*France méd.*, 20 juillet.) — Persistance de la communication inter-auriculaire et rétrécissement aortique ayant donné pendant la vie les signes du rétrécissement pulmonaire, par Griffon. (*Soc. anat. Paris*, 12 octobre.) — Le pouls dans le rétrécissement aortique, par Steell. (*Lancet*, 24 novembre.)

**Appareils.** — Happeur lingual, par Sabatier. (*Lyon méd.*, 9 décembre.) — Forme simple de pompe à gaz, par L. Hill. (*Journ. of physiol.*, XVII, 5, p. 353.) — Un appareil destiné à faciliter l'écriture aux aveugles, etc., par H. Cohn. (*Centralb. f. prakt. Augenh.*, août.) — Sur un esthésiomètre mécanique, par N. Koulbine. (*Vratch*, 17 novembre.) — Appareils esthésiométriques, par Waseburn et Scripture. (*Americ. j. of psych.*, VI, 3.) — Valeur clinique de l'appareil centrifuge, par Elsner et Hawley. (*N.-York*

*med. j.*, 27 octobre.) — Nouveau serre-nœud galvanocaustique, par Klingel. (*Therap. Monats*, novembre.) — Une nouvelle modification à la pince hémostatique de Péan, par S. Trombetta. (*Morgagni*, avril.) — L'appareil moteur de Schulthers pour les difformités du membre inférieur, par Luning. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Nouvel appareil plâtré à fracture du fémur, par Miquel. (*Thèse de Bordeaux.*) — Appareil à traction élastique pour le traitement des contractures digitales, par Golebrewski. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 726, 30 juillet.) — Nouvel urinal pour femmes, par Schuett. (*Deut. med. Woch.*, 20 décembre.)

**Artère.** — Artère mammaire interne latérale, par Morestin. (*Soc. anat. Paris*, 19 octobre.) — Anomalie de l'artère linguale, par Morestin. (*Ibid.*) — Notes sur le trajet des artères, par Bellini. (*Ibid.*, 26 octobre.) — Quatre cas de rupture traumatique de grosses artères, par Lawson. (*Lancet*, 1er décembre.) — De l'athérome, par Hollis. (*Journ. of path. and bact.*, III, 1.)

**Articulation.** — Sur le mode de formation des articulations, par Retterer. (*Soc. de biol.*, 29 décembre.) — Des ruptures du ligament rotulien, par Gras. (*Thèse de Lyon.*) — Résultats du traitement chirurgical des arthropathies d'origine nerveuse, par Schocherd. (*Thèse d'Heïdelberg.*) — Plaie pénétrante du genou avec amputation d'un fragment de ménisque par écrasement entre les os dans la flexion extrême, par Krafft. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 2.) — De l'arthrite aiguë coxo-fémorale infantile, par Thorndike. (*Boston med. Journal*, 1er novembre.) — Pseudo-rhumatisme infectieux précoce dans une dyspepsie grave, arthrite suppurée, arthrotomie, par Brault. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 638.) — De la carie sèche de l'épaule, par Demoulin. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.) — Abcès dans la coxalgie, par Levrat. (*Journ. de clin. infant.*, 13 décembre.) — Tumeur blanche du genou et myélite, par A. Specker et Renard. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.) — Repullulation ou récidive après une résection du genou pour arthrite fongueuse, par Schwartz. (*Journ. des Praticiens*, 1er décembre.) — Symptômes et diagnostic précoces des arthrites tuberculeuses. par Judson. (*Rev. d'orthop.*, 1er novembre.) — Mauvais résultats de l'arthroplastie par chevilles d'ivoire dans les arthrites tuberculeuses, par Gluck et von Bergmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 juin.) — De la béquille dans le traitement des affections de la hanche, par Gibney. (*Americ. med. surg. Bull.*, novembre.) — Le traitement ambulatoire de la coxalgie à l'aide de la gouttière à extension, par Liermann. (*Rev. int. de thér.*, 24 décembre.) — Arthrectomie du coude et du cou-de-pied, par Clutton. (*Med. chir. Trans.*, LXXVII, p. 85.) — Corps étranger organique de l'articulation du genou, arthrotomie, par Tardif-Bardinet. (*Limousin méd.*, novembre.)

**Asphyxie.** — Influence de la déshydratation sur la résistance à l'asphyxie, par Dissard. (*Soc. de biol.*, 29 décembre.) — Influence du cœur sur l'asphyxie, par Dissard. (*Ibid.*, 22 décembre.) — La maladie de Raynaud, par Spillmann. (*Méd. moderne*, 18 août.) — Injections sous-cutanées alcooliques pour la résurrection des nouveau-nés, par Brown. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.)

**Asthme.** — De l'asthme dyspeptique consécutif à l'atonie du tube digestif, par Lauterbach. (*Wiener med. Presse*, 25 novembre.)

**Astigmatisme.** — Astigmatisme hypermétropique progressif, par Montgomery. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 17 novembre.) — Sur l'astigmatisme et sa correction dans leurs rapports avec l'usage de l'ophtalmomètre de Javal

et Schiœtz, par Andogsky et Dolganoff. (*Ann. d'ocul.*, novembre.) — Sur le temps de la perception des formes chez les astigmates, par D. Bossalino. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, 3, p. 189.)

**Athétose.** — De l'athétose double, par Massalongo. (*Gazz. degli Osped.*, XV, 7, 128.)

**Auscultation.** — Sur une loi fondamentale dans la théorie de l'auscultation, par Castex. (*Soc. de biol.*, 15 décembre.)

**Avortement.** — Emploi de la glycérine pour provoquer l'avortement, par Ferrari. (*Sperimentale*, XLVIII, 36.) — De la métrite comme cause d'avortement, par Zielinski. (*Thèse de Paris.*) — Rétention prolongée du placenta et des membranes après avortement, par Puech. (*Presse méd.*, 4 août et *Arch. de tocol.*, décembre.)

## B

**Bactériologie.** — Principes de bactériologie, par Abbott. (2e édit., *Philadelphie.*) — Aperçu sur la microbiologie, par Ducamp. (*Nouv. Montpellier méd.*, 24 novembre.) — Précis de bactériologie clinique, par Félix Klemperer et Ernst Lévy. (*Berlin.*) — R. Virchow et la bactériologie, par Braatz. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 1.) — Quels services la bactériologie a-t-elle rendus pour le diagnostic des maladies internes, par O. Rosenbach. (*Wiener med. Blätter*, 40.) — L'espèce et le polymorphisme en bactériologie, par Guignard. (*Rev. gén. des sc.*, 30 novembre.) — Contribution à l'étude de la chimie bactériologique, par Wenzel. (*Journal Americ. med. Ass.*, 15 décembre.) — Sur un procédé d'isolement des microbes, par N.-K. Schulz. (*Vratch*, 29 sept.) — Sur la pénétration des microbes dans les organismes pendant l'agonie et après la mort, par Achard et Phulpin. (*Soc. de biol.*, 27 oct. et *Arch. de méd. exp.*, VII, 1.) — Sur le passage des microbes à travers la membrane propre des cysticerques, par Frenkel. (*Soc. de biol.*, 24 novembre.) — Développement des microbes dans les milieux dépourvus d'albumine, par Carl Fraenkel. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 17, p. 769.) — Cultures sur plaques des bactéries anaérobies, par F.-G. Novy. (*Cent. f. Bakt.*, 5 octobre.) — Sur la période d'incubation dans les empoisonnements par toxines microbiennes, par Enriquez et Hallion. (*Soc. de biol.*, 29 décembre.) — Procédé de culture des bactéries anaérobies, par Lubinski. (*Cent. f. Bakter.*, XVI, 1.) — Le développement de l'hydrogène sulfuré sous l'influence des bactéries, par St. Balistreri. (*Morgagni*, avril.) — Sur le pléomorphisme des cils vibratiles de quelques bactéries mobiles, par Ferrier. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 1.) — Action des hautes pressions sur quelques bactéries, par Roger. (*Acad. des Sc.*, 3 décembre et *Arch. de phys.*, VII, 1.) — Du pouvoir oxydant des différentes régions du spectre, ses rapports avec l'action bactéricide de la lumière et de l'air, par A.-F. d'Arcy et W.-B. Hardy. (*Journ. of physiol.*, XVII, 5, p. 390.) — Sur l'action réciproque de quelques bactéries, par Palleroni. (*Riforma med.*, 3 octobre.) — Action de l'acide chlorhydrique sur les microbes, par Gilbert. (*Soc. de biol.*, 10 novembre.) — Sur les modifications de l'alcalinité du sérum sanguin dans les

infections et leurs rapports avec le pouvoir bactéricide, par CALABRESE. (*Riforma med.*, 1er octobre.) — Recherches sur les bactéries acétifiantes, par HANSEN. (*Ann. de microg.*, septembre.) — Un nouveau microbe chromogène, le bacillus chlororaphis, par GUIGNARD et SAUVAGEAU. (*Soc. de biol.*, 22 décembre.) — Bacille de la viande ayant les réactions de la fuchsine, par BORDONI-UFFREDUZZI. (*Hyg. Rundschau*, IV, 1.) — Bactérie thermophile, par MACFADYEN et BLAXALL. (*Journ. of path. and bact.*, III, 1.) — Un cas intéressant de culture mixte, par R. BURRI et A. STUTZER. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 20.) — Action de quelques microbes sur la substance glycogène, par ETIENNE. (*Soc. de biol.*, 1er décembre.) — Recherches bactériologiques sur le streptococcus pyogenes, erisypelatis et sur un streptocoque isolé du sang de 8 pyémiques, par PARASCANDOLO. (*Riforma med.*, 8 novembre.) — Des conditions dans lesquelles le streptocoque pyogène liquéfie la gélatine, par PANE. (*Cent. f. Bakt.*, 15 août.) — Sur l'association du pneumocoque avec le staphylocoque pyogène doré, par MOSNY. (*Soc. de biol.*, 29 décembre.) — Sur les propriétés des produits solubles du staphylocoque pyogène, par COURMONT. (*Soc. de biol.*, 8 décembre.) — Sur les propriétés bactéricides ou microbiophiles du sérum du lapin suivant que cet animal est vacciné contre le staphylocoque pyogène ou prédisposé à cette infection, par COURMONT. (*Arch. de phys.*, VII, 1.) — Sur l'immunité pour le streptocoque et le staphylocoque, par PARASCANDOLO. (*Riforma med.*, 24 décembre.) — De l'identité du streptococcus pyogenes et du streptococcus erysipelatis, par REED. (*Boston med. Journal*, 4 octobre.) — De l'action de la toxine du staphylocoque pyogène sur le lapin et des infections secondaires qu'elle détermine, par MOSNY et MARIANO, remarques de VERNEUIL. (*Acad. des sc.*, 3 décembre.) — De la virulence du bacille typhique de la souris, de Lœffler, par MERESHKOWSKY. (*Cent. f. Bakter.*, XVI, 15.) — Présence banale en dehors de l'organisme du bacterium coli commune et du bacille dégageant des gaz décrit récemment par Gärtner, par F. HENKE. (*Ibid.*, 26 septembre.) — Le bacterium côli commune, par CABOT. (*Boston med. Journal*, 15 novembre.) — Sur le bacille côli communis, par DARLING. (*Ibid.*, 15 novembre.) — Etudes expérimentales sur l'action du côli-bacille sur le rein, par JACONTINI. (*Ann. de microg.*, septembre.) — Influence des diverses variétés de sols sur les bacilles cholérique et typhique, par DEMPSTER. (*Med. chir. Trans.*, LXXVII, p. 263.) — De la réaction colorante par les sels acides nitriques sur les cultures de bacille cholérique et autres bactéries, par LUNKEWICZ. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 23.) — De l'exaltation de la virulence du bacille charbon et du staphylocoque doré par les produits filtrés du bacterium côli, par FELTZ. (*Soc. de biol.*, 15 décembre.)

**Bain.** — Effets des bains de Nauheim sur les cardiaques, tabétiques, etc., par A. KOTTMANN. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er août.) — Balnéologie comparée de la Sibérie, par S. ZALESKI. (*Vratch*, 8 décembre.) — Recherches cliniques sur l'action des bains dans les affections des voies urinaires et des organes abdominaux, par M. MISIEWICZ. (*Nowing lek.*, octobre.) — Le bain froid dans les pyrexies graves, par H. FAURE-MILLER. (*Rev. int. de thérap.*, II, 19).

**Bassin.** — Sur le cloisonnement du bassin, par CHAPUT. (*Soc. anat. Paris*, 2 novembre.) — Fracture décuple du bassin, par ROCHS. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 juin.) — Fracture du bassin avec déchirure du diaphragme. (*Bull. Soc. méd. Anvers*, décembre.) — De l'enchondrome du bassin, par RISSMANN. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXI, 1.) — Ostéosarcome du pubis, résection, par PICQUÉ. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 745.) — Sur les abcès du bassin chez la femme, par Kr. BRANDT. (*Norsk. Magazin*, juin.) — Du traitement des abcès pelviens

chez la femme, par Léopold Landau. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 mai.) — Sur le traitement opératoire des abcès pelviens solitaires, par Vogel. (*Wiener med. Woch.*, 15 septembre.) — Traitement des lésions du plancher pelvien de la femme, par Brandenburg. (*Medical Record*, 20 octobre.) — Extirpation des ganglions pelviens tuberculeux, par Sprengel. (*Cent. f. Chir.*, 17 novembre.)

**Béribéri.** — Du béribéri, par Tunzelmann. (*Lancet*, 22 décembre.) — Epidémie de béribéri à bord du navire *Robert S. Patterson*, par Ashmead. (*Medical Record*, 24 novembre.)

**Biliaire.** — Expériences sur le foie et les voies biliaires, par Nasse. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 juillet.) — Imperforation du canal cholédoque, par Lafarelle. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 novembre.) — Ectopie de la vésicule biliaire, par Griffon. (*Soc. anat. Paris*, 9 novembre.) — La lithiase biliaire et le cœur, par Galliard. (*Méd. mod.*, 22 décembre.) — Calcul cystique, atrophie de la vésicule, lobe marginal supplémentaire du foie, par Mauclaire. (*Soc. anat. Paris*, 21 décembre.) — Etude clinique sur la cholélithiase et les infections des voies biliaires, par Norbert Ortner. (138 p., *Vienne*.) — Ectasie des canaux biliaires chez un nouveau-né coïncidant avec une dégénérescence kystique des reins, par Bar et Rénon. (*Soc. de biol.*, 22 décembre.) — Cholélithiase, par Hœlscher. (*Medical Record*, 8 décembre.) — Sur les calculs biliaires, par Southworth. (*Ibid.*, 15 décembre.) — Angiocholécystite à bacille typhique sans fièvre typhoïde, lithiase latente, cholécystotomie, par Delbet. (*Gaz. des hôp.*, 6 décembre.) — De la mort par hémorragie dans la lithiase biliaire, par Marjon. (*Mercredi méd.*, 19 décembre.) — Beurre au lieu d'huile d'olive dans la lithiase biliaire, par v. Œfele. (*Therap. Vratch*, II, 2.) — Epithélioma de la vésicule biliaire, par Bouglé et Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 9 novembre.) — Des injections liquides dans les voies biliaires, par Marcel Baudouin. (*Progrès médical*, 1er septembre.) — Anatomie de l'hypocondre droit au point de vue des opérations pour calculs biliaires, par Morison. (*Brit. med. j.*, 3 novembre.) — Des opérations sur la vésicule biliaire, par Kœhler. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 5 et 6.) — Les indications de la cure chirurgicale dans la lithiase biliaire, par Galliard. (*Mercredi méd.*, 19 septembre.) — Pathologie et chirurgie des tumeurs de la vésicule biliaire, par Heddaeus. (*Beit. z. klin. Chir.*, XII, 2.) — De l'extraction des calculs étranglés du canal cystique par incision de ce conduit, par Hans Kehr. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 et 11 juin.) — 2 cas de cholécystotomie en deux temps pour calculs et hydropisie de la vésicule biliaire, par von Bardeleben. (*Ibid.*, 28 mai.) — Cirrhose biliaire, hydropisie de la vésicule, cholécystotomie avec fistule persistante, par Senator. (*Ibid*, 5 mars.) — Hydropisie de la vésicule biliaire et d'une partie du cholédoque, cholécystotomie, mort, cancer de l'orifice intestinal du cholédoque, par Fraenkel. (*Ibid.*) — Cholécystotomie et cholécystectomie dans des cas de calculs enchassés dans le canal cystique, par Richardson. (*Medical Record*, 3 novembre.) — Cholécystotomie extrapéritonéale, par Bloch. (*Hosp. Tidende*, II, p. 341.) — Volumineux calcul biliaire expulsé spontanément par un abcès de la paroi abdominale, par Guépin. (*Soc. anat. Paris*, 12 octobre.) — Calcul biliaire enchatonné en partie dans le canal cholédoque, en partie dans la première portion du duodénum ; ictère chronique grave, cirrhose biliaire hypertrophique, duodénotomie, extraction du calcul, suture, guérison, par Pozzi. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 630.) — Cholécystoduodénotomie avec anastomose de Murphy, par Muenter. (*Hosp. Tidende*, II, p. 746.) — Observations de cholécystentérostomie, par Ricard. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 572.) — Idem, par Michaux. (*Ibid.*)

**Blennorragie.** — Le gonocoque et les manifestations blennorragiques, par Sée. (*Gaz. des hôp.*, 10 novembre.) — Sur la valeur de la présence des gonocoques dans des vieilles taches, par J. Nowak et L. Wachholz. (*Przegl. lek.*, octobre.) — Sur les métastases des gonocoqnes, par T. Dembinski. (*Nowing lek.*, octobre.) — Statistiques sur la blennorrée des nouveau-nés, par Silex. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXI, 1.) — De la fièvre dans la blennorragie aiguë, par Trekaki. (*Presse méd.*, 1er décembre.) — Désordres nerveux chez les individus atteints de blennorragie chronique, par Macalester. (*Medical Record*, 1er décembre.) — Sur un cas de rhumatisme blennorragique avec complications viscérales chez une fillette de 10 ans, par Chiaiso et Isnardi. (*Giorn. Accad. di Medic. Torino.*, n° 2, p. 93.) — Arthrite blennorragique du genou avec ankylose, par C. Gallozzi. (*Morgagni*, juin.) — Traitement de l'arthrite blennorragique, par Courtin. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 26 août.) — Suppuration des gaines tendineuses blennorragiques, des métastases gonorréiques, par Jacobi et Goldmann. (*Beit. z. klin. Chir.*, XII, 3.) — De l'urétrite chronique, goutte militaire, par Piquet. (*Thèse de Lyon.*) — Urétrite postérieure, valeur diagnostique de l'épreuve de Thompson, par Goldenberg. (*Journ. of cutan. dis.*, décembre.) — Diagnostic de l'urétrite postérieure, par Schaeffer. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 3.) — Idem, par Koch. (*Ibid.*) — Idem, par Neebe. (*Ibid.*) — De la blennorragie anale, par Neuberger. (*Ibid.*) — Sur l'influence de la gonorrée latente sur la stérilité des femmes, par St. Jerzykowski. (*Now. lek.*, novembre.) — L'emploi de l'urétroscopie pour le diagnostic et le traitement de la gonorrée chronique, par Casper. (*Deut. med. Woch.*, 22 novembre.) — Idem, par Lohnstein. (*Ibid.*) — De l'urétroscopie pour le diagnostic et le traitement de la blennorragie chronique, par Wossidlo. (*Ibid.*, 8 novembre et 20 décembre.) — Fistule urétro-périnéale d'origine blennorragique, par Duplay. (*Union médicale*, 18 octobre.) — Symptôme particulier de l'épididymite blennorragique, par Augagneur. (*Lyon méd.*, 9 décembre.) — Traitement de la blennorragie, par Routier. (*Presse méd.*, 10 novembre.) — Traitement de la blennorragie chronique par les instillateurs gradués, par Robert Kutner. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 juillet.) — Du traitement endoscopique de la blennorragie, par Gruenfeld. (*Wiener med. Woch.*, 15 septembre.) — Contribution à l'étude de la thérapeutique de la blennorragie au stade gonococcique, par Köhler. (*Wiener med. Presse*, 30 décembre.) — Traitement de la blennorragie par l'irrigation de l'urètre, par Christian. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.) — Traitement local de la blennorragie chez l'homme, par Schalenkamp. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Sur le gaïacol et son emploi dans l'orchite blennorragique, par Tavitian. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de l'urétrite blennorragique par l'acide citrique, par Pellissier. (*Bull. de thérap.*, 15 décembre.) — Traitement des infections blennorragiques de la femme par le permanganate de potasse, par Tixeron. (*Thèse de Paris.*)

**Bouche.** — Bactériologie de la bouche, ses relations avec les maladies, par Miller. (*Med. News*, 8 décembre.) — Les streptocoques de la bouche normale et pathologique, par Widal et Bezançon. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 juillet.) — Biologie du leptothrix buccalis, par N.-A. Iljin. (*Vratch*, 25 août.) — Des stomatites, par Tenneson. (*Journ. des praticiens*, 15 décembre.) — De la stomatite aphteuse, par Pètre. (*Thèse de Paris.*) — Du prurit de la bouche, par Tommasoli. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXIX, 3.) — Traitement de la stomatite ulcéreuse, par Orachowatz. (*Therap. Monats.*, décembre.) — La leucoplasie buccale, ses rapports avec la syphilis et le cancer, par Wierenga. (*Thèse de Leyde.*) — 2 cas de papillomes multiples bénins de la muqueuse buccale, par Rasch. (*Ann. de dermat.*, VI, 1.) — Verrue de la muqueuse buccale coïncidant avec des verrues des mains, par

Variot. (*Journal de clinique infantile*, 25 octobre.) — Procédé opératoire pour le cancer de la muqueuse buccale, par Ewald. (*Cent. f. Chir.*, 10 novembre.)

**Branchie.** — Persistance du conduit thyréo-glossique ; des fistules et kystes médians du cou, par Durham. (*Med. Chir. Trans.*, LXXVII, p. 199.)

**Bronche.** — Bronchectasie aiguë, par Sharkey. (*St.-Thomas's hosp. Rep.*, XXII, p. 43.) — Un cas de bronchite putride guéri par la créosote, par R. Vreden. (*Vratch*, 13 octobre.)

**Brûlure.** — Causes et mécanisme des troubles fonctionnels et des accidents généraux consécutifs aux brûlures étendues, par Boyer et Guinard. (*Mercredi méd.*, 14 novembre.) — Traitement des brûlures par l'aristol, par Haas. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, n° 72 et *Morgagni*, juillet.)

## C

**Cadavre.** — Des microbes du tube gastro-intestinal des cadavres, par Dallemagne, rapport de Verriest. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, VIII, 10.) — La faune des cadavres, par Mégnin. (*Soc. de biol.*, 27 octobre et vol. Paris.)

**Cancer.** — Etudes sur le cancer, par Pianese. (*Riforma med.*, 27 septembre.) — De l'origine congénitale et héréditaire du cancer, par Critzman. (*Bull. méd.*, 7 novembre.) — Recherches expérimentales sur l'inoculabilité du cancer, par Gratia et Liénaux. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, VIII, 8.) — De la carcinose, diagnostic, traitement, antisepsie interne, par Vopelius. (*Broch. Munich.*, 1895.) — Sur l'histologie du cancer, par Clarke. (*Cent f. Bakt.*, 25 août.) — De l'étiologie du cancer, par Duplay. (*Mercredi méd.*, 26 septembre.) — L'improbabilité de l'origine parasitaire des tumeurs malignes, par Barwell. (*Lancet*, 3 novembre.) — Contribution à l'étude des tumeurs malignes chez les animaux inférieurs, par Field. (*Journal Americ. med. As.*, 29 décembre.) — Des parasites dans le cancer utérin, par Vitalis Müller. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 2.) — Etude de 170 cas de cancer, par Pilcher. (*Annals of surg.*, juillet.) — Observation de carcinose généralisée, par Deléarde. (*Bull. méd. du Nord*, p. 334, 10 août.) — Le sang dans le cancer, par M. Olejnik. (*Przegl. lek.*, septembre.) — Sur les cancers primitifs multiples et sur un cas de leucocythémie et cancer de l'utérus, par Ravel. (*Thèse de Lyon.*) — De la guérison spontanée du cancer chez l'homme, par Senger. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 juillet.) — Des opérations palliatives chez les cancereux, par E. Desnos. (*Méd. moderne*, 4 juillet.)

**Cartilage.** — Des exostoses cartilagineuses et des enchondromes multiples, par Nasse. (*Berlin klin. Woch.*, 13 août.) — Enchondromes de la main, par Thomas. (*Soc. anat. Paris*, 9 novembre.)

**Cellule.** — Sur quelques constituants de la cellule vivante, par Kossel. (*Arch. f. Phys.*, p. 551.) — Le protoplasma, par Danilewsky. (*Rev. scientif.*,

10 novembre.) — Les cellules éosinophiles, leur signification, valeur diagnostique, par Ligouzat. (*Thèse de Lyon.*) — Modifications dans les cellules ganglionnaires de la naissance à la mort sénile, par C.-F. Hodge. (*The Journal of Physiolog.*, XVII, p. 129.) — Sur la structure granulaire des éléments cellulaires (noyau et division nucléaires), par R. Metzner. (*Arch. f. Physiologie*, p. 309.) — Y a-t-il une vie cellulaire sans microrganismes? par Kochs. (*Biol. Centralb.*, XIV, 14.) — Mouvements du nucléole sous l'influence de la pesanteur, par Herrick. (*Anat. Anzeiger.*, X, 11.) — Modifications épithéliales produites par l'irritation, par Power. (*Journ. of path. and bact.*, III, 1.) — Des cellules plasmatiques, de l'infiltration cellulaire inflammatoire, par V. Marschalko. (*Arch. f. Dermat.*, XXX, 1.) — Des parasites cellulaires et de leur culture, par Busse. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 4.)

**Cerveau.** — Méthode pour déterminer le poids et l'étendue des substances grise et blanche du cerveau, par Cirincione. (*Riforma med.*, 9 août.) — L'anatomie fine de la région infundibulaire du cerveau, y compris le corps pituitaire, par Berkley. (*Brain*, n° 68.) — Physiologie des cellules de névroglie du chiasma, du nerf optique et de la rétine, par Greef. (*Arch. f. Phys.* p. 550.) — Les centres de la phonation, par Onodi. (66e *réun. des nat. allem.*, Vienne, 25 septembre.) — Contribution à l'étude de la localisation et de la physiologie des centres cérébraux de la vision, par Hinde. (*Medical Record*, 1er décembre.) — Sur quelques points controversés des localisations cérébrales, par Charcot et Pitres. (*Arch. clin. Bordeaux*, septembre.) — Tension normale des liquides labyrinthiques et céphalo-rachidiens, par Bonnier. (*Soc. de biol.*, 29 décembre.) — Effets produits par des substances narcotiques sur les animaux privés d'une partie du cerveau, par Baratynsky. (*Arch. des sc. biol. Saint-Pétersbourg*, III, 2.) — Des mouvements du cerveau et du rôle du liquide céphalo-rachidien dans la circulation cérébrale, par Boyé. (*Thèse de Bordeaux.*) — Localisation corticale des sensations cutanées, par Dana. (*N. York neurol. Soc.*, 2 octobre.) — Localisation des sensations cutanées et musculaires; fonctions de l'aire motrice de l'écorce, par Dana. (*Journ. of nerv. dis.*, décembre.) — L'action des substances chimiques sur l'excitabilité électrique de l'écorce du cerveau, par Axenfeld. (*Arch. ital. de biol.*, XXII, 1.) — Des différences de température dans les deux moitiés du corps à la suite des plaies du cerveau, valeur diagnostique, par Schueller. (*Aerzt. Cent.*, 10 novembre.) — Etat des artères de la base du cerveau chez des sujets sains et des aliénés, par Mori. (*Monit. zool. ital.*, XL, 10.) — Du diagnostic différentiel entre l'hémorragie et l'embolie cérébrales, par Thévenet. (*Thèse de Lyon.*) — Cas intéressant d'hémorragie cérébrale, par Benson. (*Lancet*, 22 décembre.) — Sur un cas d'hémorragie bulbo-protubérantielle avec hémorragies rénales réflexes, par Regaud. (*Lyon méd.*, 25 novembre.) — Les aphasies, par Pitres et Bernheim. (*Cong. de méd. Lyon*, octobre.) — Les éléments du langage articulé et les facteurs de l'aphasie motrice, par Raugé. (*Ibid.*) — De l'aphasie urémique, par Dupré. (*Ibid.*) — De l'aphasie pneumonique, par Mouisset. (*Ibid.*) — Cas anormal d'aphasie, par Clark. (*Journ. of nerv. dis.*, novembre.) — Considérations sur trois cas d'aphasie, par A. Specker et Renard. (*Revue méd. de l'Est*, p. 535, 1er septembre.) — Amnésie, aphasie musicale, par Edgren. (*Hygiea*, mai.) — Un cas d'amnésie partielle continue, par Ferrari. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 3 et 4.) — Essais de guérison des aphasies des centres moteurs ou sensoriels, par Gutzmann. (*Berlin. klin. Wochen.*, 27 août.) — Amyotaxie cérébrale, des convulsions d'origine cérébrale par dégénérescence, par Rossolimo. (*Neurol. Cent.*, 15 décembre.) — Histoire d'une tumeur cérébrale, par Moos. (*Arch. of otol.*, XXIII, 4.) — Tumeur cérébrale de la face externe de l'hémisphère gauche, accidents hémiplégiques avec

attaques convulsives, par Macé. (*Soc anat. Paris*, 30 novembre.) — Tumeur cérébrale chez une femme enceinte de 7 mois et demi ayant simulé une méningite tuberculeuse, opération césarienne, mort de la mère, survie de l'enfant, par Macé. (*Ibid.*, 30 novembre). — Carcinome du corps pituitaire, par Beadles. (*London path. soc.*, 18 décembre.) — Tumeur de l'hypophyse, d'origine nasale, par Targett. (*Ibid.*) — Sarcome de la fosse cérébrale droite envahissant l'orbite, ablation avec résection partielle de l'os frontal, guérison, par Bastianelli. (*Soc. lancisiana osp. Roma*, 22 décembre.) — Cholestéatome de la face inférieure du pont de Varole, par Ribbert. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 6 août.) — Sarcome multiple du cerveau et de la moelle, par Westphal. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVI, 3.) — Gliome du pont de Varole et de la moelle allongée, par Jolly. (*Ibid.*, XXVI, 3.) — Un cas d'hydrocéphalie traumatique avec large ouverture du crâne, par Isnardi. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVIII, 1.) — Forme du crâne dans l'hydrocéphalie, par Regnault. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, décembre.) — Curieux cas de microcéphalie, par Pfister. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, 4, 5.) — Trois cas de microcéphalie, par Laborde. (*Bull. Acad. méd.*, 27 novembre.) — Des concrétions calcaires dans le cerveau, par Mallory. (*Journ. of path. and bact.*, III, 1.) — Du traitement chirurgical de l'hydrocéphalie, par Nüyens. (*Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, p. 147, avril.) — Sur le traitement opératoire de la thrombose du sinus transverse et de la veine jugulaire, par Herczel. (*Wiener med. Woch.*, 17 et 24 novembre.) — Un cas de commotion cérébrale, par Jelly. (*Boston med. Journal*, 27 décembre.) — De la méthode graphique appliquée à l'étude du traumatisme cérébral, par Braquehaye. (*Thèse de Bordeaux.*) — Traitement chirurgical des tumeurs cérébrales, par Terrier. (*Gaz. hebd. Paris*, 1er décembre.)

**Cervelet.** — Structure du noyau denté du cervelet, par Lugaro. (*Monit. Zoolog. ital.*, VI, 1.) — Des connexions entre les éléments nerveux de l'écorce cérébelleuse, par Lugaro. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 3 et 4.) — Tumeur du cervelet, par M. Mongour. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 novembre.) Tumeur du cervelet, par Negel. (*Bul. Soc. méd. de Jassy*, 2.)

**Chancre.** — Du chancre mou, par Petersen. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 3.) — Nouvelles recherches sur les strepto-bacilles du chancre mou, par Colombini. (*Vienne*). — Formaline dans le traitement du chancre mou et des verrues vénériennes, par Gaylord. (*Med. News*, 27 octobre.)

**Charbon.** — Action de la bactéridie charbonneuse sur l'inuline, par Noé. (*Soc. de biol.*, 1er décembre.) — Recherches sur la production du bacille charbonneux asporogène, par Surmont et Arnould. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 12.) Du charbon chez l'homme, par Lewin. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 17.) — Infection charbonneuse ayant évolué sous forme de la maladie de Werlhof, par J. Jaworski et L. Nencki. (*Gaz. lek.*, octobre.) — Un cas de pustule maligne, par Lerch. (*Wiener med. Woch.*, 3 novembre.) — Un cas de charbon interne chez l'homme, par Pio Foa. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 2, p. 109.)

**Chimie.** — Recherches sur le chlore et l'halogène dans l'organisme, par Nencki et Schoumow-Simanowski. (*Arch. f. exp. Pathol.*, XXXIV, 5 et 6.)

**Chirurgie.** — Sur la chirurgie moderne, par Stokes. (*Dublin Journal*, novembre.) — Technique chirurgicale, par von Esmarch et Kowalski. (Tome II, *Leipzig.*) — La clinique chirurgicale d'Autun, par Latouche. (*Arch. prov. de chir.*, III, 12.) — De l'organisation d'une clinique chirurgicale privée au Havre, par Sorel. (*Ibid.*, IV, 2.)

**Chlorose.** — Les fonctions digestives dans la chlorose, par CANTU. (*Arch. ital. di clin. med.*, 3.) — Chlorose traitée par la moelle d'os, par FORBES. (*Brit. med. j.*, 8 décembre.)

**Choléra.** — Recherches sur l'infectiosité du vibrion cholérique et ses rapports avec le vibrion de Metchnikoff, par WEIBEL. (*Arch. f. Hyg.*, XXI, p. 22.) — Recherches sur la résistance du vibrion cholérique dans les matières fécales, par ABEL et CLAUSSEN. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 2 et 3.) — L'œuf de poule comme milieu de culture pour le vibrion cholérique, par ABEL et DRAER. (*Ibid.*, XVII, 2 et 3.) — De l'antagonisme entre le vibrion cholérique et le bacterium coli, par KEMPNER. (*Ibid.*, XVII, 1.) — A propos de la note de A. Lustig et N. de Giaxa sur la présence de fines spirilles dans les matières fécales des cholériques, par H. KOWALSKI. (*Ibid.*, 6 septembre.) — Transformation du vibrion du choléra, par Richard CLAUSSEN. (*Ibid.*, p. 325.) — Examen microscopique de selles cholériques recueillies par Pacini et conservées depuis 33 ans. Une curiosité historique, par A. LUSTIG. (*Ibid.*, p. 326.) — Nouveaux documents sur la bactériologie du choléra, par WILTSCHUR. (*Ibid.*, XVI, 4.) — Recherches bactériologiques sur l'épidémie de Lisbonne, par PESTANA et BETTENCOURT. (*Ibid.*, XVI, 10.) — Rapport entre le nombre des bacilles introduits et le résultat de l'infection intra-musculaire ou stomacale par le choléra des poules, par A. SCHONWERTH. (*Arch. f. Hyg.*, XVII et *Hyg. Rundsch.*, IV à 17.) — Contribution au diagnostic bactériologique du choléra asiatique, par A. MAASSEN. (*Arbeit. aus d. Kaiserl. Gesund.*, IX.) — De la durée de la présence des vibrions cholériques dans les déjections de convalescents de choléra, par KOLLE. (*Zeit. f. Hyg.*, XVIII, 1.) — Recherches expérimentales avec le vibrion cholérique chez le lapin, par ISSAEFF et KOLLE. (*Ibid.*, XVIII, 1.) — Biologie du choléra, par LEO et SONDERMANN. (*Ibid.*, XVI, p. 505.) — Présence du bacille cholérique dans le lait, par WEIGMANN. (*Milchzeitung*, 31.) — Sur l'état actuel de la question, sur la morphologie et la biologie du vibrion cholérique, par A. FAWITZKI. (*Vratch*, 27 novembre.) — Quelques observations au sujet du choléra, par O. BUJWID. (*Medycyna*, octobre.) — Un cas de choléra de laboratoire identique au choléra classique, par LAZARUS. (*Berl. klin. Woch.*, 18 décembre 1893.) — Le choléra dans la Cisleithanie en 1892. (*Oesterr. Sanitats.*, V.) — Le choléra en Russie en 1892. (*Ibid.*) — Le choléra dans la banlieue de Paris en 1892 et la doctrine hydrique, par P. HAUSER. (*Méd. moderne*, 9 juin.) — Sur l'épidémie cholérique de Nantac, par RAUTUREAU. (*Thèse de Paris.*) — Le choléra des îles Molère et Trielen, par MARTIN-DURR. (*Ann. d'hyg.*, juillet.) — L'épidémie de choléra de 1893 à Dorpat, par KIESERITZKY. (*St-Petersburg. med. Woch.*, 15.) — Recherches bactériologiques, sur l'épidémie de choléra de Livourne, septembre 1893, par TERNI et PELLEGRINI. (*Zeit. f. Hyg.*, XVIII, 1.) — Les 4 cas de choléra survenus sur des bateaux à Neuss en 1893, par SCHRUFF. (*Zeit. f. Medicinalbeamte*, n° 8.) — Le choléra de Hambourg (1831-32, épidémies ultérieures) dans ses relations causales avec l'eau, par J.-J. REINCKE. (*Jahrb. der Hamburg. Wissenschaftlich. Anstalten.*, XI et *Hyg. Rundsch.*, IV, n° 16, p. 737.) — L'épidémie cholérique de 1893 en Algérie, par SOULIÉ. (In-8°, 238 p. *Alger.*) — Sur le choléra asiatique, par JEWETT. (*Boston med. Journal*, 1er novembre.) — Le choléra en Allemagne dans l'hiver de 1892-93, par KOCH. (*Zeit. f. Hyg.*, XV.) — Etiologie du choléra indien, par RUMPF. (*Samml. klin. Vortraege*, nos 109-110.) — La pluie et le choléra saisonnier dans l'Inde, par HERBERT. (*Indian med. Gaz.*, 9.) — La pression atmosphérique et le choléra dans les Indes, par HERBERT. (*Ibid.*, 11, p. 415.) — Influence de l'état météorologique sur les épidémies de choléra en Cochinchine, par MOUGEOT. (*Bulletin méd.*, 23 décembre.) — Cas isolé de choléra asiatique, par RAPPIN. (*Gaz. méd.*

*Nantes*, 12 déc.) — Sur les propriétés pathogènes du sang des cholériques, (bactériol. et expérim.), par G. Vlaieff. (*Vratch*, 6 octobre.) — Deux formes particulières des troubles nerveux après le choléra, par Pechkranz. (*Gaz. lek.*, septembre.) — Sur les convulsions dans le choléra asiatique, par A. Pechkranz. (*Ibid.*, septembre.) — Pathogénie des altérations rénales dans le choléra, par Pernice et Scagliosi. (*Riforma med.*, 19 octobre.) — De l'immunité naturelle contre le choléra, par Guempel. (*Thèse de Zurich.*) — Remarques sur la question du choléra, par Carl Fraenkel. (*Hyg. Rundsch.*, 13, p. 577.) — Un cas de psychose post-cholérique, par A. Jourman. (*Vratch*, 4 août.) — Traitement du choléra, par W. Sobieranski. (*Now. lek.*, septembre.) — Sur le traitement du choléra par des injections intraveineuses de solutions salines, par J. Hagen-Torn. (*Vratch*, 25 août.) — Application de la spermine dans le choléra, par A.-A. Poehl. (*Vratch*, 11 août.) — Sur l'application de la méthode de Cantani dans 33 cas de choléra algide, par L.-J. Wojnoff. (*Vratch*, 11 août.) — Etiologie et traitement du choléra, par H. Pechkranz. (*Gaz. lek.*, novembre.) — Sur la pyoktanine dans le traitement du choléra asiatique, par J. Neufeld. (*Gaz. lek.*, novembre.) — Des mesures sanitaires prescrites à l'égard des navires indemnes en temps d'épidémie cholérique par M.-A. Legrand. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

**Chorée.** — De la chorée gravidique, par Bué. (*Presse méd.*, 1er septembre et *Arch. de tocol.*, janvier 1895.) — De la chorée gravidique, par Dufournier. (*Bull. méd.*, 21 novembre.) — Classification des chorées arythmiques, par Lannois. (*Cong. de méd. int. Lyon*, octobre.) — Quinine dans la chorée, par Fry. (*Mississipi Valley med. Ass.*, 20 novembre.) — Injection d'arsenic dans la chorée, par Smith. (*Hunterian Soc.*, 24 octobre.)

**Choroïde.** — Ruptude de la choroïde, par Fage. (*Soc. d'opht. Paris*, 6 novembre.) — Un cas d'irido-choroïdite suppurée avec guérison, par Rauschenbach. (*Klin. Monat. f. Augenheilk.*, septembre). — Un cas de chorio-rétinite maculaire sénile, par Wiegmann. (*Ibid.*, novembre.)

**Cicatrice.** — Cicatrice douloureuse d'un doigt, douleurs persistantes depuis 15 mois, compression, guérison, par Delorme. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 595.) — Sur deux cas d'épithélioma des cicatrices, par E. Piccoli. (*Morgagni*, septembre.)

**Circulation.** — Etudes sur le système circulatoire, par Quénu et Lejars. (In-8°, p. 112, *Paris*). — Influence de l'air comprimé et raréfié sur la circulation, par Lœwy. (*Arch. f. Phys.*, p. 535.) — Relations entre la pression dans les veines et la pression dans les capillaires, par Bagliss et E. Starling. (*Journal of Physiol.*, p. 159.) — Influence de la respiration sur la circulation veineuse des membres inférieurs, par Wertheimer. (*Arch. de phys.*, VII, 1.) — Changements physiques et physiologiques du calibre des vaisseaux, par Stefani. (*Riforma med.*, 30 octobre.) — Effets de la suspension de la tête sur la circulation, par Joachimsthal. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 2.) — Sémeiologie du pouls, par Bertonnier. (*Thèse de Paris.*)

**Climat.** — Le sanatorium de Leysin, par Fankhauser. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er juin.) — Les sanatoria pour phtisiques, par A. Hagler. *Ibid.*, 15 mai.) — Le climat marin, par Lindermann. (*Leipzig*, 1893.) — Le climat de Madagascar, par Le Roy de Méricourt. (*Bull. acad. méd.*, 16 décembre.)

**Cœur.** — Muscle et ganglions cardiaques, par His. (*Wiener med. Blätter*, 44.)

Action des courants électriques et des poisons cardiaques sur le cœur daphnien, par Bandler. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXIV, 5 et 6.) — Le plateau de la courbe de pression du ventricule, par Contejean. (*Cent. f. Phys.*, VIII, p. 264.) — Des contractions frustes du cœur, par O. Hochhaus et Quincke. (*Deut. Arch. f. klin Med.*, LIII, p. 414.) — Action de certaines substances sur le cœur des daphniés, par J.-W. Pickering. (*Journ. of Physiol.*, XVII, 5, p. 356.) — Sur la forme de la contraction du myocarde, par Contejean. (*Soc. de biol.*, 22 décembre.) — Malformation cardiaque, par Claisse. (*Soc. anat. Paris*, 23 novembre.) — Persistance du trou de Botal, par Leleu. (*Bull. méd. du Nord*, 8 juin.) — Absence de l'artère pulmonaire et communication persistante des ventricules, sans signes d'auscultation, par Ullmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 août.) — Quelques remarques sur les causes de la fragmentation des cellules du myocarde, par Dunni. (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, XVI, p. 134.) — 2 cas de myocardite avec dégénérescence graisseuse par îlots des segments cardiaques, par Brault. (*Soc. anat. Paris*, 26 octobre.) — Sur la dissociation segmentaire du myocarde, par Renaut. (*Cong. de méd. Lyon*, octobre.) — Signification anatomique et clinique des lésions du myocarde, par Bard. (*Ibid.*) — Sur les causes de la non compensation dans les lésions du cœur, par Weisz. (*Wiener med. Woch.*, 3 novembre.) — Recherches expérimentales sur l'étiologie et la pathogénie de l'hypertrophie du cœur dans les affections rénales, par de Dominicis. (*Ibid.*, 17 novembre.) — Appréciation du degré de résistance au doigt offert à la palpation du cœur, par Wilhelm Ebstein. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 juin.) — De l'hypertrophie du cœur sans lésions valvulaires ; traitement par Babcock. (*Journal americ. med. Ass.*, 22 decembre.) — La question des maladies fonctionnelles du cœur, par R. Witwicki. (*Zeit. f. klin. Med.* XXVII, 3 et 4.) — Les lésions combinées de deux orifices cardiaques se compensent lorsqu'elles sont de même nom, par Baccelli. (*Deut. med. Woch.*, n° 2.) — Le cœur polysarcique, par Barié. (*Semaine méd.*, 14 novembre.) — D'une cardiopathie, par Jaccoud. (*Union médicale*, 25 novembre.) — Les pseudo-hypertrophies cardiaques de croissance, par Huchard. (*Cong. de méd. Lyon*, octobre.) — Deux cas de malformation congénitale du cœur, par Pic. (*bbid.*) — Un signe précoce de la péricardite aiguë, par Josserand. (*Ibid.*) — Le souffle présystolique et diastolique de la base du cœur, par Bernheim. (*Ibid.*) — De la symphise cardiaque et de la valeur séméiologique du dédoublement du second bruit du cœur dans cette affection, par Durand. (*Thèse de Paris.*) — De quelques formes pathologiques du choc de la pointe, recherches sur le développement du premier bruit, par Gerhardt. (*Arch. f. exp. Pathol.*, XXXIV, 5 et 6.) — Sur la faiblesse du cœur, par Gibson. (*Journ. of path. and bact.*, III, 1.) — Cyanose congénitale et endocardite fœtale du cœur droit, par Zariquiey. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, novembre.) — Pouls bigéminé dans l'insuffisance aortique, par Clarke. (*Lancet*, 29 décembre.) — Mort rapide dans l'insuffisance aortique par œdème pulmonaire aigu, par Martin-Dürr. (*Méd. moderne*, 25 avril.) — De l'insuffisance aortique, par Jaccoud. (*Bull. méd.*, 19 décembre.) — Insuffisance aortique et mitrale sans souffle diastolique, par Leyden. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 août.) — Sur un cas de rétrécissement de l'orifice aortique, par Tordeus. (*Journal de clinique infantile*, 1er novembre.) — Sur un cas de lésion mitrale avec intermittences artérielles, par Gicciardi Annino. (*Morgagni*, mai.) — Sur le rétrécissement mitral pur, par Picot. (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 30 septembre.) — Les altérations anatomiques et les troubles fonctionnels de myocarde suivis d'une étude sur le rétrécissement mitral fonctionnel, par Audéoud et Jacot-Descombes. (*Ann. suisses des sc. méd.*, II, 1.) — De l'insuffisance relative des valvules pulmonaires dans le rétrécissement mitral, par Pawinski. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LII, p. 549.) — Des acci-

dents pulmonaires du rétrécissement mitral, par Huchard. (*Méd. moderne*, 1er août.) — Sur un cas de sténose acquise de l'orifice pulmonaire, compliquée de perforation de la cloison interventriculaire, par E. Bonardi. (*Morgagni*, août.) — Rétrécissement et endartérite de l'aorte pulmonaire cause de pneumonie embolique et de fièvre intermittente chronique, par Smith. (*Brit. med. j.*, 17 novembre.) — Du souffle présystolique à la base du cœur, par Specker et Renard. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er novembre.) — La dilatation du cœur, par Letulle. (*Rev. gén. des sc.*, 15 octobre.) — Bronchopneumonie, gangrène pulmonaire; péricardite purulente (4 litres), par Nègel. (*Soc. des méd. de Jassy*, 2.) — De l'hémiplégie dans les lésions du cœur, par Duroziez. (*France méd.*, 10 août.) — De la thrombose cardiaque, par Pawlowski. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 5 et 6.) — Sur les complications mortelles dans les maladies du cœur, par T. Heimann. (*Medycyna*, novembre.) — De la tuberculose myocardique, par Valentin. (*Thèse de Paris.*) — Rupture spontanée d'un cœur microscopiquement sain, par Griffon. (*Soc. anat. Paris*, 2 novembre.) — Rupture traumatique du cœur, par Hutchinson. (*Brit. med. j.*, 22 décembre.) — Myxome de la valvule tricuspide, par Ribbert. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Ascite cardiaque ayant nécessité 33 ponctions, par Chipier. (*Journ. de méd. Paris*, 30 décembre.) — Plaie du cœur par arme à feu, par Church. (*Med. News*, 27 octobre.) — Traitement mécanique des maladies du cœur, par Campbell. (*Brit. med. j.*, 17 novembre.) — Maladies chroniques du cœur traitées par la méthode Schott de bains et de gymnastique, par Babcock. (*N. York med. j.*, 8 décembre.) — Traitement des maladies organiques du cœur, par Robinson. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — Sur l'action de la digitale sur le cœur de l'homme, par S. Erlich. (*Vratch*, 4 août.) — Sur un nouveau mode d'emploi de la digitoxine et de la strophantine dans les cas graves de faiblesse cardiaque, par van Aubel. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, VIII, 9.) — Traitement des affections cardiaques valvulaires par la strychnine, par Mettler. (*Medical Record*, 3 novembre.) — Arrêt d'un accès de tachycardie par la compression du pneumogastrique, par Dubois. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 mai.)

**Conjonctif.** — Sur quelques particularités de forme et de rapport des cellules du tissu conjonctif interstitiel, par Fusari. (*Arch. ital. de biol.*, XXII, 1.)

**Conjonctive.** — Conjonctivite papillaire, par Bronner. (*Opht. Soc. unit. Kingdom*, 13 décembre.) — Ostéome de la conjonctive, par Hartridge. (*Ibid.*) — Contribution à l'histoire du trachome, par Widmark. (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, juillet.) — Du pemphigus de la conjonctivite, par Albrand. (*Ibid.*, juillet.) — Plaques muqueuses syphilitiques sur la conjonctivite bulbaire, par Herter. (*Ibid.*, juin.) — Contribution à la pathogénie du trachome, par Omeltschenko. (*Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, avril.) — Formes cliniques de la conjonctivite diphtéritique, par Schirmer. (*Arch. f. Opht.*, XL, 5.) — De l'emploi du pétrole brut dans les conjonctivites, par Dubar. (*Thèse de Paris.*) — De la désinfection des culs-de-sac conjonctivaux, par Brun. (*Presse méd.*, 27 octobre.)

**Coqueluche.** — Traitement de la coqueluche, par Eross. (*Pester med. chir. Presse*, 36.) — Notes thérapeutiques sur la coqueluche, par Hollopeter. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Contribution à la thérapeutique de la coqueluche (traitement des vomissements), par A. Dupont. (*Journal de clinique infantile*, 6 décembre.) — Traitement de la coqueluche par le bromoforme, par Fiertz. (*Thèse de Zurich.*) — Des injections sous-cutanées de chlorhyd. de quinine dans la coqueluche, par Laubinger. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIX,

2 et 3.) — De l'amygdalate d'antipyrine contre la coqueluche, par Rehn. (*Münch. med. Woch.*, 46.) — Traitement de la coqueluche par les injections de gaïacol, par de Chateaubourg. (*Méd. moderne*, 26 décembre.)

**Cornée.** — Une source d'infection dans les abcès de la cornée, par Thompson. (*Medical Record*, 13 octobre.) — Des ulcérations diathésiques de la cornée, par Leloutre. (*Thèse de Paris.*) — Sur la formation du gerontoxon, par Gruber. (*Wiener med. Woch.*, 17 novembre.) — Traitement de l'ulcère de la cornée par le médecin praticien, par Ziegler. (*N. York med. j.*, 3 novembre.) — Traitement des blessures de la cornée par l'occlusion conjonctivale, par de Wecker. (*Ann. d'ocul.*, novembre.)

**Corps étranger.** — Corps étranger du larynx chez un enfant de 21 mois, par Finotti. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 5 et 6.) — Corps étranger, pièce d'or, engagée dans les ventricules du larynx, par de Roaldes. (*N.-York med. j.*, 27 octobre.) — Corps étranger dans le larynx, par L. Pzedborski. (*Gaz. lek.*, septembre.) — Sur un cas de mort, chez l'adulte, par pénétration d'une canule à trachéotomie dans la bronche gauche, par Lautier. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, III, 4.) — Corps étranger des voies aériennes : 1° fragment d'amande tombée dans la bronche gauche ; 2° pièce de 20 centimes dans le pharynx nasal, par Siebenmann. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er mai.) — Corps étranger dans la narine droite chez un enfant de 2 ans, par Variot. (*Journal de clinique infantile*, 25 octobre.) — Des corps étrangers du conduit auditif, par d'Aguanno. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, 1 et *Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Corps étranger de l'oreille, par Barbier. (*Journ. de clin. infant.*, 13 décembre.) — Nouvel instrument pour l'extraction des corps étrangers de l'oreille, par Eldbridge. (*Boston med. j.*, 1er novembre.) — Sur les corps étrangers du sinus maxillaire, par Combe. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Corps étranger de l'œil, par F. Lagrange. (*Ann. pol. Bordeaux*, 1er novembre.) — Extraction d'un fragment de verre de l'œil, étude sur les inflammations par corps étrangers, par Wagenmann. (*Arch. f. Opht.*, XL, 5.) — Extraction d'un grain de plomb inclus dans le corps vitré, par Terson. (*Soc. d'opht. Paris*, 6 novembre.) — Ablation des corps étrangers de l'œsophage par l'œsophagotomie externe, par Egloff. (*Beit. zur klin. Chir.*, XII.) — 42 clous dans l'estomac, gastrostomie, par Robson. (*Lancet*, 3 novembre.) — Corps étranger toxique de l'estomac chez un enfant de un an, par Variot et Remy. (*Journ. de clin. inf.*, 6 septembre.) — Convulsions chez un enfant de 2 ans causées par le séjour prolongé de noyaux de cerises dans l'intestin, par Loranchet. (*Ibid.*, 15 novembre.) — Une pièce de 5 francs ayant séjourné 69 jours dans le tube digestif, par Cerné. (*Normandie méd.*, 15 juin.) — Contribution à la casuistique des corps étrangers dans l'intestin grêle, par R. Trzebicki. (*Przegl. lek.*, octobre.) — Corps étrangers du rectum, par Mullois. (*Bull. Soc. med. Angers*, p. 44, 1er semestre.) — Corps étranger de la vessie, par Papin. (*Ibid.*, p. 46, 1er semestre.) — Corps étranger (aiguille) de la cavité péritonéale, extraction, par Thiéry. (*Soc. anat. Paris*, 9 novembre.) — Crayon dans l'aisselle pris pour une fracture de la clavicule, par Tousey. (*N. York Acad. of med.*, 12 novembre.)

**Cou.** — Hydrocèle du cou, par Wheeler. (*Dublin j. of med. sc.*, novembre.)

**Crâne.** — Sur la conductibilité pour le son et sur la percussion des os du crâne et du rachis pour le diagnostic des maladies nerveuses, par Bechterew. (*Neurol. Westnik.*, II, 1.) — Sur la conductibilité osseuse du crâne de l'homme, par G. Gabritchewski. (*Vratch*, 20 octobre.) — Mégalocéphalie

ou léontiasis osseux, par Allen Starr. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — Exostose du crâne, par Damage. (*Soc. anat. Paris*, 23 novembre.) — Diagnostic différentiel des lésions traumatiques intra-craniennes, par Phelps. (*N. York med. j.*, 10 novembre.) — Fracture du crâne par contre-coup, par Albertin. (*Lyon méd.*, 16 décembre.) — Fracture du crâne par balle de revolver, lésions des grosses artères de la base, de la bandelette optique et de la capsule interne, par Savariaud. (*Soc. anat. Paris*, 9 novembre.) — Des paralysies oculaires par fracture du crâne, par Lépine. (*Thèse de Bordeaux.*) — Plaie pénétrante du crâne par la cavité orbitaire, par Oberlin. (*Bull. Soc. de méd. Angers*, p. 25, 1er semestre.) — Trépanation pour hémorragie de la méningée moyenne sans fracture du crâne, par Taylor. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Fracture compliquée du pariétal chez une enfant ; convulsion et trépanation, guérison, par Albers. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 mai.) — De la résection ostéoplastique temporaire du crâne, par Beck. (*Cent. f. Chir.*, 3 novembre.) — Hydramnios avec hydrocéphalie ayant nécessité la craniotomie, par Cunningham. (*Boston med. Journal*, 13 décembre.) — Craniotomie dans la microcéphalie, par Beck. (*Journ. americ. med. Ass.*, 27 octobre.) — De la craniectomie dans la microcéphalie, par Tillmanns. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 juillet.) — Sur les suites favorables de la craniectomie dans un cas de folie morale avec déchéance intellectuelle, par A. Szpanbok. (*Medycyna*, octobre.)

**Criminel.** — 2e série de 100 criminels, par Rossi. (*Arch. di psichiat.*, XV, 4 et 5.) — De l'indice iléo-pelvien chez les criminels, par Tenchini. (*Ibid.*)

**Cristallin.** — Des modifications générales et réfringentes du globe oculaire consécutives à la suppuration du cristallin, par Truc. (*Soc. de biol.*, 15 décembre.) — Cataracte congénitale avec perforation de la capsule chez le lapin, par Vuellers. (*Arch. f. Opht.*, XL, 5.) — 2 cas de cataracte traumatique chez l'enfant, extraction, guérison, par Ball. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Blessure de la cristalloïde antérieure sans trouble consécutif du cristallin, par Billot. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, III, 4.) — Etiologie de la cataracte, caractères par auto-intoxication, par Boucarut. (*Thèse de Lyon.*) — Méthode d'opération de la cataracte et traitement des troubles secondaires de la vision, par Fink. (*Londres.*) — Des résultats fonctionnels éloignés de l'opération de la cataracte molle chez les enfants, par Bailly. (*Thèse de Lyon.*) — Des résultats éloignés de l'intervention et de la non-intervention dans les cataractes traumatiques, étude statitisque, par Aurand. (*Thèse de Lyon.*) — Discissions cristalliniennes et iritomies au couteau, par Nicati. (*Ann. d'ocul.*, décembre.) — Suture de la cornée dans l'extraction de la cataracte, par Kalt. (*Arch. of Opht.*, XXIII, 4.) — Hémorragie consécutive à l'ablation de la cataracte, par Gasparini. (*Ann. di ottalm.*, XXIII, p. 270.)

**Cysticerque.** — La cure de la cysticercose avec la fougère mâle, par Feletti. (*Mercredi méd.*, 29 août.)

## D

**Démographie.** — État démographique actuel de la France, par G. Drouineau et Lagneau. (*Rev. d'hyg.*, mai.)

**Dent.** — De l'action antiseptique du chloroforme sur les microorganismes de

la carie dentaire, par Bonnard. (*L'odontologie*, décembre.) — Pathologie bactériologique de la pulpe dentaire, par Miller. (*Verhand. deuts. Odontol. Ges.*, VI, 1.) — Étude bactériologique sur la pulpe dentaire, par Miller. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 10.) — Nos connaissances sur la nature de la carie dentaire, par Jung. (*Ibid.*, XVI, 15.) — Sur la pyorrhée alvéolaire, par Younger. (*Journal Americ. med. Ass.*, 24 novembre.) — Sur la carie dentaire chez les soldats, par J. M. Popoff. (*Vratch*, 18 août.) — De l'état présent et de l'avenir de l'art dentaire, par Hogden. (*Journal Americ. med. Ass.*, 8 décembre.) — Des accidents de la dentition, par Richard Drews. (*Journal de clinique infantile*, 23 août.) — Accidents de dent de sagesse chez une personne de 66 ans, par Leplat. (*Ann. policlin. Lille*, octobre.) — Inspection dentaire des écoles, par Eyssautier. (*Dauphiné méd.*, 1er novembre.) — Sur ce que l'on peut faire pour sauver les dents des élèves des écoles publiques, par Mc Coy. (*Journal Americ. med. Ass.*, 29 décembre.) — Orthodontie ou traitement des déviations dentaires, par Dunogier. (*Thèse de Bordeaux.*)

**Désinfection.** — Frais d'un établissement de désinfection pour les petites villes, par von Esmarch. (*Hyg. Rundsch.*, VI, II, p. 508.) — De la question de la désinfection dans les nouveaux manuels allemands pour les sages-femmes, par Zweifel. (*Cent. f. Gynaek.*, 24 novembre.) — Recherches bactériologiques sur la désinfection des mains, par Reinicke. (*Ibid.*) — De la désinfection des poussières sèches des appartements, par Miquel. (*Ann. de microg.*, octobre.) — Sur la désinfection des matières fécales normales et pathologiques, par Vincent. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 1 et *Acad. des sc.*, 3 décembre.) — Du pouvoir désinfectant des persulfates, par Wacker. (*Centralbl. f. Bakter.*, 26 septembre.) — Nouvelle étuve à courant de vapeur d'eau sans pression, par Vaillard et Besson. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 12.)

**Diabète.** — Nouveaux faits relatifs au mécanisme de la glycosurie d'origine nerveuse et du diabète sucré en général, par Kaufmann. (*Soc. de biol.*, 27 octobre.) — Le diabète produit par la phlorydzine, histologie des lésions du rein, par Legrain. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, novembre.) — Données expérimentales pouvant servir à éclairer la pathogénie du diabète sucré, par Thiroloix. (*Gaz. des hôp.*, 8 décembre.) — Étiologie et pathogénie du diabète, par Lépine et Lancereaux. (*Cong. de méd. Lyon*, octobre.) — Pathologie du diabète, par Mayer. (*Ann. soc. méd. Anvers*, décembre.) — Critique de la récente théorie de Pavy pour le diabète, par S. Frænkel. (*Wiener med. Blätter*, 38.) — Méthode de coloration permettant de diagnostiquer par l'examen du sang le diabète et la glycosurie, par Bremer. (*Cent. f. med. Wis.*, 8 décembre.) — Un cas de diabète azoturique, par Lamy. (*Bull. méd. Nord*, 26 octobre.) — Du diabète alcoolique dans ses rapports avec l'hépatisme, par Glénard. (*Rev. mal. de la nutrition*, 15 décembre.) — Un cas de diabète insipide, par Fisk. (*Boston med. journal*, 25 octobre.) — Observation de boulimie chez un diabétique, par Quintard. (*Bull. soc. de méd. Angers*, p. 75; 1er semestre.) — Des crampes comme symptôme de diabète, par Unschuld. (*Berl. klin. Woch.*, 9 juillet.) — Faux cardiaques et faux brightiques; contribution au diagnostic et au traitement du diabète sucré, par L. Galliard. (*Médecine moderne*, 26 septembre.) — Nouvelles observations d'angine de poitrine diabétique, par Vergely. (*Journ. méd. Bordeaux*, 11 novembre.) — Comment on doit traiter les diabétiques atteints d'albuminurie, par Huchard. (*Journal des Praticiens*, 33, p. 386.) — Diabète traité par l'extrait et les greffes de pancréas, par William. (*Brit. med. j.*, 8 décembre.)

**Digestion.** — La digestion pepsique de l'albumine, par Herzen. (*Rev. gén. des sc.*, 15 septembre.) — Digestion du sucre dans quelques états de maladie, par Robertson. (*Edinb. med. j.*, décembre.) — Influence du rayonnement à basses températures sur les phénomènes de la digestion; frigothérapie, par Pictet. (*Acad. des sc.*, 10 décembre.)

**Diphtérie.** — Épidémiologie de la diphtérie dans la Russie du sud, par Filatow. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIX, 2 et 3.) — Épidémie de diphtérie à Saint-Waast-du-Val, par Desseaux. (*Normandie méd.*, 1er janvier 1895.) — Conférences sur la diphtérie, par d'Astros. (*Marseille méd.*, 1 et 15 déc.) — Identité de la diphtérie animale et humaine, par Delthil. (*Journ. de méd. Paris*, 23 décembre.) — Du rôle du lait dans l'étiologie de la diphtérie, par Vladimirow. (*Arch. des sc. biol. Saint-Pétersbourg*, III, 2.) — De la contagion diphtéritique dans les écoles et les prisons, par Masucci. (*Giorn. int. d. sc. med.*, XVI.) — Étiologie et prophylaxie de la diphtérie, par Becker. (*Journal Americ. med. Ass.*, 24 novembre.) — La diphtérie au point de vue théorique et pratique, par Carpenter. (*Therap. Gaz.*, 15 septembre.) — Études sur la diphtérie, par Bardach. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 1.) — La diphtérie, par Trétrop. (*Ann. soc. méd. Anvers*, novembre.) — L'état actuel de nos connaissances sur la diphtérie au point de vue clinique, par Romme. (*Rev. gén. des sc.*, 15 décembre.) — L'état actuel des connaissances bactériologiques sur la diphtérie, par Mlle Tsiklinsky. (*Ibid.*) — La diphtérie et son diagnostic bactériologique, par Hewlett. (*Clinical Sketches*, janvier 1895.) — Du bacille diphtérique, par Schlossmann. (*Klin. Zeit. und. Streitfragen*, VIII, 5.) — L'importance de l'examen bactériologique de la diphtérie, par Washbourn et Hopwood. (*Brit. med. j.*, 19 janvier 1895.) — Sur l'examen bactériologique des membranes diphtériques, par M. Jakowski. (*Gaz. lek.*, novembre.) — Sur les points discutables des rapports de la diphtérie et des lésions qui s'en rapprochent, par Abbott. (*Med. News*, 17 novembre.) — Angines diphtériques bénignes, par R. Marie. (*Presse méd.*, 16 février 1895.) — Endocardite aiguë ulcéreuse due au bacille de la diphtérie, par Howard. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — Hémiplégie dans la convalescence de la diphtérie, par Berend. (*Arch. f. Kinderh.*, XVII, 5.) — Paralysie diphtéritique sans affection de la gorge, par Guthrie. (*Lancet*, 3 novembre.) — Paralysie diphtéritique d'emblée sans angine, pas d'examen bactériologique, par Thomas. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 7.) — Un cas de rhinite diphtérique chez un nourrisson, par Czemetschka. (*Prager med. Woch*, 38.) — Vulvite diphtérique chez une enfant, par Gnichtel. (*Journ. of cutan. dis.*, décembre.) — Un cas de diphtérie d'une plaie, par Brunner. (*Berl. klin. Woch.*, 26 mars.) — Prophylaxie de la diphtérie, par Wingate. (*Journal Americ. med. Ass.*, 24 novembre.) — Traitement de la diphtérie, le traitement à faire et à ne pas faire, par Landouzy. (*Gaz. des hôp.*, 25 décembre.) — Traitement de la diphtérie, par Heffron. (*Therap. Gaz.* 15 décembre.) — Traitement de la diphtérie, par Tézenas du Monteil. (*Loire méd.*, 15 janvier 1895.) — Les nouveaux traitements de la diphtérie, par Araoz Alfaro. (*Anales del circulo med. Argentino*, XVII, 10 et 11.) — Traitement de la diphtérie, par Mackenzie. (*Lancet*, 19 janvier 1895.) — Diphtérie et pétrole, par Levassort. (*Normandie méd.*, 1er octobre.) — Du traitement de la diphtérie oculaire par l'huile brute de pétrole; 3 cas, guérison, par Dianoux. (*8e Congrès internat. d'ophth.*, *Rev. génér. d'ophth.*, septembre.) — Nouvelle méthode de traiter l'angine diphtérique par le sublimé, par Kums. (*Ann. soc. méd. Anvers*, octobre.) — De l'usage interne du perchlorure de fer liquide dilué, comme traitement de la diphtérie, par Goldschmidt. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 octobre.) — Salaktol (mélange de peroxyde d'hydrogène, de salicylate et de lactate de soude

contre la diphtérie, par WALLE. (*Deut. med. Zeit.*, 15 novembre.) — Croup d'emblée chez un enfant de 7 ans atteint de papillomes du larynx; intubation pendant six semaines, puis trachéotomie, par LUC. (*France méd.* 19 octobre.) — Sur l'intubation dans le croup, par BAUDOUIN. (*Bull. soc. sc. de l'Ouest*, III, 4.) — Quelques réflexions sur le tubage du larynx dans la diphtérie, par VARIOT. (*Journ. de clin. infant.*, 24 janvier 1895.) — Du croup pseudo-membraneux et du croup diphtérique, valeur du tubage, par BALL. (*Med. News*, 10 novembre.) — Du tubage dans le croup, résultats comparatifs du tubage et de la trachéotomie, par COURTADE. (*Journ. de méd. Paris*, 9 décembre.) — Sur les suites et les résultats de la trachéotomie dans le croup, par ROCAZ. (*Thèse de Bordeaux.*) — Expériences sur l'antitoxine de Behring et l'emploi de la solution de toluol, par KUH. (*Med. News*, 21 janvier 1895.) — Sérum de Behring et eau oxygénée, par NEUDÖRFER. (*Wiener med. Woch.*, 5 décembre.) — Rapport sur la sérumthérapie dans la diphtérie, par STRAUS. (*Bull. Acad. Méd.*, 16 octobre.) — La sérumthérapie à Lyon, par ARLOING. (*Lyon méd.*, 10 février 1895.) — La sérumthérapie, par MASSE. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 25 novembre.) — Étude sur 249 cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtérique, par PERREGAUX. (*Thèse de Paris*, 1895.) — Traitement de la diphtérie par les antitoxines préparées en dehors de l'organisme animal, par SMIRNOFF. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 décembre.) — 3 cas d'angine diphtérique traités par le sérum de Roux, par CAPITAN. (*Méd. moderne*, 26 décembre.) — A propos de deux cas d'angine diphtérique guéris par le sérum, par DE PRADEL. (*France méd.*, 21 décembre.) — Angines diphtériques et sérumthérapie, 2 cas, guérison, par MARCIGUEY. (*Journ. des Praticiens*, 8 décembre.) — Croup traité par la sérumthérapie, par DUCOR. (*Journ. de méd. Paris*, 9 décembre.) — Deux cas de diphtérie traités par la sérothérapie, par ALEXANDRE. (*Ibid.*) — Note sur la sérumthérapie, par BONNEFIN; revue des opinions sur la sérumthérapie à l'étranger, par DELTHIL. (*Ibid.*) — Traitement de la diphtérie par la sérothérapie, par PÉRON. (*Ann. de méd.*, 11 janvier 1895.) — L'épidémie de diphtérie de Chagny et l'antitoxine, 9 cas, 9 guérisons, par DEBIZE. (*Journ. de clin. infant.*, 20 décembre.) — Angine pseudo-membraneuse traitée par le sérum de Roux, albuminurie, urémie, arthropathies, guérison, par COMMITTON. (*Ibid.*, 17 janvier 1895.) — Réponse à Liebreich sur le traitement de la diphtérie par le sérum de cheval non immunisé, par BERTIN. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 février 1895.) — Traitement de la diphtérie, sérumthérapie, par CARRIEU. (*Nouv. Montpellier méd.*, 27 octobre.) — Sérumthérapie dans un cas d'angine diphtérique, par LEROUX. (*La Méd. infant.*, 15 décembre.) — Diphtérie à microcoques, croup, accès de suffocation, injection de sérum de Roux, guérison, par CREUZAN. (*Journ. de méd. Bordeaux.*, 13 janvier 1895.) — Un cas de diphtérie infectieuse traité par le sérum de Roux, trachéotomie, guérison, eruption scarlatiniforme, par THOUVENET et BOSSET. (*Limousin méd.*, novembre.) — Diphtérie infectieuse traitée par les injections de sérum antidiphtérique de Roux, guérison par THOUVENET. (*Ibid.*, janvier 1895.) — Une petite épidémie de diphtérie à Saint-Vaast-du-Val, 13 cas, 3 morts, 10 guérisons, 7 par le sérum, par DESSEAUX. (*Normandie méd.*, 1er janvier 1895.) — Traitement d'une angine diphtéritique pure par la sérumthérapie, guérison, par ANNEQUIN. — *Idem*, par PORTE. (*Dauphiné méd.*, décembre.) — La sérothérapie antidiphtérique vaccin du croup, 4 cas, 4 guérisons, par BLACHE. (*Bull. mens. de l'Œuvre des Enf. tub.*, 15 décembre.) — Croup guéri par la sérothérapie, par CORDON. — *Idem*, par MAREAU. (*Bull. soc. méd. Angers*, XXII, 2e sem., p. 39.) — Sur le traitement de la diphtérie par le sérum en France, par J. DANYSZ. (*Gaz. lek.*, novembre.) — Traitement de la diphtérie par l'antitoxine, préparée sans l'intermédiaire de l'organisme animal, par SMIRNOW. (*Vratch*, 23.)

— Traitement de la diphtérie par l'antitoxine, par SCHIPPERS. (*Weekbl Tijds. voor Geneesk*, 27 octobre.) — Le Dr Roux et la sérothérapie en France, par MAPES. (*N. York med. j.*, 19 janvier 1895.) — 5 cas de diphtérie traités par l'antitoxine, par WELCH. (*Med. News*, 17 novembre.) — 6 cas de diphtérie traités par l'antitoxine, par BREWER. (*Ibid.*, 19 janvier 1895., — Cas de diphtérie traités avec et sans sérum, par FOSTER. (*Ibid.*, 2 février 1895.) — Diphtérie traitée par l'antitoxine, par FRESE. (*Ibid.*) — Valeur du traitement antitoxique, 2 cas de diphtérie, par WOLFF. (*Ibid.*, 9 février 1895.) — La sérothérapie de la diphtérie à Berlin, New-York et à l'hôpital municipal de Philadelphie, par L. FISCHER. (*Americ. j. of med. sc.*) janvier 1895.) — Étude bactériologique de 4 cas de diphtérie traités par l'antitoxine par Fischer, par Braden KYLE. (*Ibid.*) — Traitement de la diphtérie par l'antitoxine; courte relation de 9 cas, par CAILLÉ. (*Americ. med. surg. Bulletin*, 1er décembre.) — Quelques cas de diphtérie traités par l'antitoxine, par F. H. WILLIAMS. (*Boston med. j.*, 20 décembre.) — De la sérumthérapie dans la diphtérie, par KRIEGER. (*Journal Americ. med. Ass.*, 12 janvier 1895.) — De l'état actuel du traitement spécifique de la diphtérie, par Edwin KLEBS. (*Medical Record*, 15 décembre.) — Le traitement de la diphtérie; sérumthérapie, par BERG. (*Ibid.*, 12 janvier 1895.) — Préparation de l'antitoxine de la diphtérie, par E. KLEIN. (*Brit. med. j.*, 15 décembre.) 80 cas de diphtérie traités par l'antitoxine, examens bactériologiques, par WASHBOURN, GOODALL et CARD. (*Ibid.*, 22 décembre.) — Discussion à la société clinique de Londres. (*Ibid.*) — 2 cas de diphtérie traités par l'antitoxine, par TIRARD et WILLCOCKS. (*Lancet*, 19 janvier 1895.) — Le diagnostic de la diphtérie, son traitement par la sérothérapie, par WOODHEAD. (*Lancet*, 15 décembre.) — Traitement de la diphtérie par l'antitoxine, par GANGHOFNER. (*Prager med. Woch.*, 1er décembre 1895.) — Notice sur les préparations antitoxines diphtériques, par BUCHNER. (*Münch. med. Woch.*, 33.) — La sérothérapie diphtérique dans les hôpitaux de Paris, par GORDON. (*Deut. med. Woch.*, 17 janvier 1895.) — Un cas d'exanthème par la sérothérapie, par COLLA. (*Ibid.*) — La sérothérapie de la diphtérie, par STRAHLMANN. (*Allg. med. Centralzeit.*, 7 novembre.) — La sérothérapie de la diphtérie au point de vue du médecin praticien, par KOBRYNSKY. (*All. Wiener med. Zeit.*, 46.) — Sérumthérapie de la diphtérie, par PAVLIK. (*Wiener. med. Presse*, 6 janvier 1895.) — Emploi du sérum antidiphtérique, par HAGER. (*Cent. f. inn. Med.*, 48.) — Traitement de la diphtérie par le sérum de Behring, par KORCICKA. (*Wiener klin. Woch.*, 49.) — Parésie de l'accommodation traitée par le sérum de Behring, 3 cas, par SCHMIDT-RIMPLER. (*Cent. f. Augenh.*, décembre.) — De l'immunisation et du traitement de la diphtérie par l'antitoxine, par ARONSON. (*Wiener med. Woch.*, 10 novembre.) — Sérumthérapie de la diphtérie, par MONTI. (*Ibid.*, 19 janvier 1895.) — Recherches sur la diphtérie et le sérum antidiphtérique, par HANSEMANN. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Sérothérapie dans la diphtérie, par SEIZ. (*Ibid.*) — De la sérothérapie dans la diphtérie, par WITTHAUER. (*Ibid.*, février 1895.) — Deux cas de diphtérie guéris par le sérum, par PFEIFER. (*Ibid.*) — De la sérothérapie dans la diphtérie, 2 cas, guérison, par CERAINI. (*Gaz. Ospit.*, 127); 12 cas, 10 guérisons, par MASSEI. (*Riforma med.*, 251); 18 cas, 3 morts, 8 en traitement, par MYA. (*Ibid.*, 274); 8 cas, 1 mort, par CONCETTI. (*Ibid.*, 294); 8 cas, 2 morts, par GUAITA. (*Corriere sanit.*, 40); 1 cas guéri, par FERRARI. (*Riv. ital. di terap.*, 169); 1 cas guéri, par DAVICO. (*Gaz. Ospit.*, 149); 14 cas, 4 morts, par MARCHISIO, COLOMBO, SPINELLI. (*Gaz. med. Torino*, 50.) — La sérothérapie dans la diphtérie, par EGIDI. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, 1.) — 2 cas de diphtérie guéris par la sérothérapie, par BARONI. (*Morgagni*, décembre.) — Statistique du traitement sérothérapique de la diphtérie, par GALLI. (*Giorn. Accad. med. Torino*,

LVIII, 1.) — Un cas de croup guéri par l'antitoxine de Behring, par Isnardi et Davico. (*Ibid.*, LVII, 11 et 12.) — Antitoxine et diphtérie, par Agostini. (*Riforma med.*, 30 octobre.) — Un cas de croup, tubage, sérothérapie, guérison. 3e cas par Damieno. (*Ibid.*, 5 et 17 novembre.) — Diphtérie pharyngée guérie par le sérum, par Damieno. (*Ibid.*, 26 novembre.) — 2 cas de diphtérie guéris par le sérum, par Neri. (*Ibid.*, 22 décembre.) — Le tubage dans le croup par rapport à la sérothérapie, par Massei. (*Ibid.*, 2 janvier 1895.)

**Dysenterie.** — Étiologie de la dysenterie, par de Silvestri. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVIII, 1 et *Riforma med.*, 19 décembre.) — Sur la multiplication des amibes de la dysenterie, par Harris. (*Med. News.*, 24 novembre.) — Sur l'étiologie et le traitement de la dysenterie aiguë des pays chauds, par Maurel. (*Midi méd.*, p. 279.) — Dysenterie avec amibes, guérison spontanée, par Preston et Ruhrah. (*N. York med. j.*, 10 novembre.) — Les amibes dans la dysenterie, par Vivaldi. (*Riforma med.*, 15 octobre.) — De la dysenterie tropicale, par Fayrer. (*Practitioner*, décembre.)

## E

**Eau.** — L'analyse hygiénique des eaux potables, par Schardinger. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 21.) — De l'examen macroscopique des eaux par le peroxyde d'hydrogène, par Laser. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 4.) — La bactériologie au service de la technique de la filtration par le sable, par Reinsch. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 22.) — Rapport sur l'efficacité relative des filtres d'eau pour la prophylaxie des maladies infectieuses, par Woodhead et Wood. (*Brit. med. j.*, 10 novembre.) — La nappe aquifère souterraine dans les différents quartiers de Munich, par R. Sendtner. (*Munich.*) — L'alimentation des villes en eau, par Rosenboom. (*Berlin.*) — De la contamination des mares et des sources, par Eugène Marchand. (*Ann. d'hyg. publ.*, août et décembre.) — Réplique, par Gibert. (*Idem.*, janvier 1895.) — Expériences avec l'appareil de Siemens pour stériliser l'eau par ébullition, par H. Schultz. (*Zeut. f. Hyg. und Infections.*, XV.) — De l'usage interne de la glace, par N. Koulbine. (*Vratch*, 29 septembre.) — De l'apparition du plomb dans les eaux potables des villes, par Hills. (*Boston med. journ.*, 27 décembre.)

**Eaux minérales.** — Les eaux de Vichy et leurs propriétés thérapeutiques, par Bernard. (*Thèse de Paris.*) — Sur les sources d'eaux minérales en Californie, par Anderson. (*Journal Americ. med. Ass.*, 22 décembre.) — Les eaux minérales en Russie et à l'étranger, par A. Alexejewski. (*Vratch*, 3 novembre.) — Recherches sur l'influence des eaux de Cordo sur les échanges nutritifs, par von Stern. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 mars.) — Action des eaux de Tarasp, source Lucius, par Leva. (*Ibid.*, 12 mars.) — L'eau de Niederbronn, par Meyer. (*Ibid.*, 28 mai.) — Des paralysies para-infectieuses. Leur traitement par les eaux de la Malou, par Ch. Ménard. (*Paris.*) — Les eaux médicinales des Pyrénées, par Garrigou. (*Méd. moderne* 18 juillet.) — Les eaux minérales de l'Hérault, par Paloc. (*Thèse de pharm. Montpellier.*) — Des frictions mercurielles, influence des bains

sulfureux et de la cure thermale sulfureuse sur leur action, par CATHELINEAU. (*Soc. d'hydrol.; Mercredi méd.*, 19 décembre.)

**Eclampsie.** — Le rôle de l'infection coli-bacillaire et de la chlorose dans la genèse des accidents éclamptiques, par SÉCHEYRON. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Pathogénie et traitement de l'éclampsie, par TOUVENAINT. (*Rev. int. de méd. et chir.*, 5 novembre.) — Des causes de la mortalité de l'enfant dans l'éclampsie puerpérale, par MICHOLET. (*Thèse de Bordeaux.*) — Morsure pendant un accès éclamptique ayant complètement détaché un morceau de la langue. Guérison sans troubles de la parole ni de la déglutition, par MATTHAÏ et par VEIT. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 août.)

**Ecthyma.** — De l'ecthyma, par THIBIERGE. (*Union médicale*, 8 septembre.)

**Eczéma.** — De l'eczéma, sa nature, par BREDA. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 2.) — Eczéma séborréique et folliculite avec dépilation, par HALLOPEAU et LE DAMANY. (*Ann. de dermat.*, V, 12, p. 1,375.) — Eczéma aigu généralisé ayant amené la mort, par GREFFIER. (*Dauphiné méd.*, 1er octobre.) — De l'eczéma des chirurgiens, par LASSAR. (*Dermat. Zeit.*, I.) — Sur le traitement de l'eczéma, par ENGMANN. (*Med. Record*, 22 décembre.) — Traitement de l'eczéma, par ALGER. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er décembre.) — Deux cas d'eczéma rebelle guéris par l'antipyrine, par F. ARNSTEIN. (*Gaz. lek.*, novembre.) — Ichtyol dans l'eczéma, par TOMORY. (*Lancet*, 22 décembre.) — Traitement de l'eczéma par la toile caoutchoutée, par COFFIN. (*Gaz. hebd. Paris*, 28 avril.)

**Electricité.** — Les courants alternatifs sinusoidaux, par GAUTIER et LARAT. (*Rev. int. d'électrothérapie*, V, 4.) — L'utilisation des réseaux d'éclairage pour les besoins de l'électrothérapie, par MEYLAN. (*Ibid.*) — Etude graphique des courants électriques par rapport à l'électrothérapie, par KELLOG. (*Ibid.*) — Nouvel appareil transformant le courant continu en courant alterné à intensité variable, par LUBASCHI. (*Ibid.*) — Effets physiologiques des courants galvaniques de même intensité mais de tension différente, par D. COURTADE. (*Arch. de phys.*, VII, 1.) — De l'action de l'électricité sur le grand sympathique, par ROCKWELL. (*Med. Record*, 27 octobre.) — Sur la cataphorèse électrique, par DESTOT. (*Lyon méd.*, 2 décembre.) — De la pyrogalvanie, par FOVEAU DE COURMELLES. (*Soc. de biol.*, 3 novembre.) — La lumière électrique, élément de diagnostic et agent thérapeutique, par CLEAVES. (*Med. Record*, 8 décembre.) — Théorie de la vision électrique, par TURNER. (*Lancet*, 29 décembre.) — Accidents produits sur l'appareil de la vision par l'électricité à bord des navires de guerre, par CASSIEN. (*Thèse de Bordeaux.*) — Instruction sur les premiers soins à donner aux foudroyés victimes des accidents électriques, par GARIEL. (*Bull. Acad. méd.*, décembre.) — Les courants continus dans les iritis et les irido-choroïdites, par PANSIER. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 novembre.) — Traitement par l'électricité d'une arthrite eberthienne, par LEDUC. (*Ibid.*) — L'électrothérapie dans les exsudats péritonéaux des enfants, par DURANTE. (*Pediatria*, novembre.) — De l'action antiseptique de l'électrolyse dans le traitement de la vaginite, par LE BLOND et LÉVY. (*Journ. de méd. Paris*, 16 décembre.) — Résultats éloignés du traitement électrique en gynécologie, grossesses consécutives, par APOSTOLI. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — La voltaïsation, chimicaustie et électrolyse dans le traitement des fibromes, par TRIPIER. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 décembre.)

**Eléphantiasis.** — Pseudo-éléphantiasis des bourses par lichenification, par

Gastou. (*Soc. franç. de dermat.*, 15 novembre.) — Macrokyrie hypertrophique du bras droit, par Chassiotis. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIX, 12.)

**Embolie.** — Mort subite dans une pleurésie séreuse par embolie des artères pulmonaires venant de la veine fémorale, par de Cérenville. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIV, 5, p. 331.) — Mort par embolie pulmonaire, suite de compression dans une fracture des extrémités inférieures, par Finotti. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 5 et 6.)

**Embryologie.** — Leçons sur l'embryologie humaine, par Manton. (125 p. *Philadelphie.*) — Sur les anomalies de développement de l'embryon humain, par Giacomini. (*Arch. ital. de biol.*, XXII, 1.) — Influence de l'air raréfié sur le développement de l'œuf de poule, par Giacomini. (*Arch. ital. de biol.*, XXII, 2 et *Giorn. accad. med. Torino*, LVII, 11 et 12.) — Sur des anévrismes des artères de l'aire vasculaire de l'embryon de poulet, par Féré. (*Soc. de biol.*, 3 novembre.) — Sur la coexistence fréquente des arrêts de développement du bec supérieur et des anomalies de la tête chez l'embryon de poulet, par Féré. (*Ibid.*, 17 novembre.) — Sur un embryon monstrueux, par Dareste. (*Ibid.*, 1er décembre.) — Perte du poids de l'œuf pendant l'incubation, par Féré. (*Ibid.*, 8 décembre.) — Les globules sanguins pendant l'incubation de l'œuf de poule, par Engel. (*Arch. f. Phys.*, p. 543.) — Nouvelles expériences sur la réaction du poulet en incubation aux changements de température. Réaction de la grenouille, par S. Pembrey et H. Gordon. (*Proceedings Physiol. Society*, 10 mars 1894.)

**Emphysème.** — Emphysème général dans une bronchite capillaire, par Gibson. (*Lancet*, 8 décembre.)

**Empoisonnement.** — Un cas de morphinomanie traité par la suppression rapide, par Duflocq. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 décembre.) — Curabilité de la morphinomanie à l'hôpital. Morphinomanie conjugale guérie par la méthode de la suppression rapide, par Comby. (*Ibid.*, 2 novembre.) — Sur un cas de pentaglycosurie ou pentosurie chez un morphinomane, par Reale. (*Riv. clin. e terapeutica*, 3, p. 118.) — Du permanganate de potassium dans l'intoxication par la morphine, par Tingley. (*Medical Record*, 3 novembre.) — Sur le traitement de la morphinomanie, par Galliard. (*Thèse de Paris.*) — Empoisonnement par la cocaïne, par Miller. (*N.-York med. j.*, 24 novembre.) — Mécanisme de la mort dans l'intoxication par la cocaïne, par Maurel. (*Bulletin méd.*, 14 novembre.) — Vanillisme, par Guérin. (*Arch. de méd. navale*, novembre.) — Empoisonnement par le mancenillier, par Caddy. (*Lancet*, 22 décembre.) — Intoxication par le thé, par Wood. (*Med. News*, 3 novembre.) — Recherches cliniques et expérimentales sur l'empoisonnement septique et ses rapports avec le bactérium proteus ; bactériologie des empoisonnements par les viandes, par E. Levy. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXXIV, 5 et 6.) — De l'intoxication par la glycérine dans les injections de glycérine iodoformée, par Schellenberg. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 2.) — Bronchite aiguë par inhalation de gaz sulfureux, nécrose limitée de la muqueuse aérienne, adénite suppurée du médiastin, péricardite purulente, par Péron. (*Soc. anat. Paris*, 9 novembre.) — De l'empoisonnement par le bromoforme, notes sur l'emploi de cet agent dans la coqueluche, par Schlieper. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Tentative de suicide par absorption de pétrole, par Delacour. (*Bull. soc. sc. de l'Ouest*, III, 3.) — Un cas d'intoxication par le chloralose, par Delacour. (*Ibid.*) — Cas d'intoxication par le chloralose (50 centigrammes), par Rham. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIV, p. 330.) — Empoisonnement par 30 grammes de

chloral, guérison, par Colenso. (*London clin. Soc.*, 26 octobre.) — Des effets toxicologiques de l'exalgine, par Weber. (*Soc. de thérap.*, 24 octobre.) — Symptômes d'empoisonnement par la phénacétine, par Knowles. (*Medical Record*, 3 novembre.) — Intoxication phéniquée par suite d'une injection vaginale, par W. Sekowski. (*Gaz. lek*,, octobre.) — Sur la formation de l'éther phénylsulfurique dans l'organisme, au point de vue du traitement de l'empoisonnement par le carbol, par Marfori. (*Arch. ital. de biol.*, XXII, 2.) — De l'œdème du poumon dans l'intoxication iodique, par V. Zeissl. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 3 et 4.) — Un cas d'intoxication par l'iodoforme, par Gotteland. (*Dauphiné méd.*, 1er septembre.) — Empoisonnement par l'arsenic, hématomyélie, polynévrite, par Henschen et Hildebrand. (*Upsala läkar förhandl.*, XXIX, p. 129.) — Intoxication arsenicale chronique, par Hills. (*Boston med. j.*, 8 novembre.) — Empoisonnement par l'acide sulfurique, par Ackermann. (*Deut. med. Woch.*, 1er novembre.) — Altérations dégénératives et nécrobiotiques dues à l'ingestion du phosphore, dans différentes conditions des échanges, par Lo Monaco et Trambusti. (*Lo Sperimentale*, parte biologica, p. 26.) — Sur la non-coagulabilité du sang dans le phosphorisme aigu (rectification à propos du travail de Corin et Ansiaux), par Bernhard Schuchardt. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, VIII, p. 108.) — Un cas d'empoisonnement par le chlorate de potasse, par M. Shane. (*Journal Americ. med. Ass.*, 8 décembre.) — Un cas d'empoisonnement par le plomb, par Abrahams. (*Medical Record*, 10 novembre.)

**Enfant.** — Précis de pédiatrie, par Carl Seitz. (*Berlin.*) — La pédiatrie, spécialité par Christopher. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 24 novembre.) — Les crèches de Montpellier en 1894, par Saussol. (*Nouv. Montpellier méd.*, 29 décembre.) — Une nouvelle couveuse pour enfants nés avant terme, par Hochsinger. (*Wien. med. Presse*, 9 décembre.) — De la proportion des nouveau-nés dans les hôpitaux d'accouchement et dans la pratique, par Eröss. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIX, 1.) — Physionomie et croissance des enfants à Varsovie, par Kosmowski. (*Ibid.*, XXXIX, 1.) — Les lois de la croissance et l'éducation physique, par Laurent. (*La Méd. infantile*, 15 décembre.) — De la mensuration de la tête des enfants, par Dwight Chapin. (*Medical Record*, 24 novembre.) — Les enfants suralimentés ; cause, effets, traitement par Work. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 24 novembre.) — Hémihypertrophie congénitale, par Adams. (*Arch. of pediat.*, décembre.) — Analyse des cendres d'un nouveau-né, par Giacosa. (*Arch. ital. de biol.*, XXII, 2.) — L'urée dans le sang du fœtus, par Cavazzani et Levi. (*Ann. di ostet.*, août.) — Etiologie de la leptoméningite purulente chez les nourrissons, par Scherer. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIX, 1.) — Méningite tuberculeuse chez une enfant de 13 mois, par Drouet. (*Journal de clinique infantile*, 13 septembre.) — Epidémie de paralysie chez l'enfant ; 120 cas, par Macphail. (*Brit. med. j.*, 1er décembre.) — Diplégies cérébrales de l'enfance, par Pic. (*Cong. de méd. Lyon*, octobre.) — Un cas de maladie de Little, par Breton. (*Gaz. des hôp.*, 25 décembre.) — Mouvements rythmiques de la tête avec nystagmus chez les enfants, par Lewi. (*Med. News*, 10 novembre.) — Congestion pulmonaire à forme cérébrale chez un enfant de 5 ans, par Coriveaud. (*Gaz. méd. Paris*, 22 décembre.) — Diagnostic de la pneumonie chez les enfants, par Small. (*Journal Americ. med. Ass.*, 24 novembre.) — De la tuberculose des ganglions bronchiques et de la cachexie consécutive chez les enfants du premier âge, par Marfan. (*Journal de clin. infantile*, 29 nov.) — De l'asthénie cardiaque chez les enfants atteints de maladies infectieuses, par Sevestre. (*Progrès médical*, 22 décembre.) — Persistance du trou ovale chez un enfant de 8 ans, par Stembo. (*St-Petersburg. med. Woch.*, 41.) — Arythmie cardiaque chez l'enfant, par Heubner. (*Zeit. f.*

*klin. Med.*, XXVI, 5 et 6.) — Sur un cas de rétrécissement de l'orifice aortique, par TORDEUS. (*Journal de clin. infantile*, 1er novembre.) — Cyanose congénitale. Rétrécissement de l'artère pulmonaire. Double pied-bot. Malformation des pavillons de l'oreille, par CHABRY et VARIOT. (*Ibid.*, 20 décembre.) — Sur une variété facilement curable d'anémie grave des nourrissons, par E. CHAUMIER. (*Ibid.*, 27 décembre.) — Influence de la qualité du lait et du logement sur le développement des enfants mis en nourrice à Leipzig, par H.-C. PLAUT. (*Zeit. f. Hyg. und Infect.*, XV.) — Sur l'alimentation des nouveau-nés, par DUCLAUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 11.) — De la nutrition des nouveau-nés, par HEMPEL. (*Deut. med. Woch.*, 1er novembre.) — Des échanges nutritifs chez le nourrisson nourri avec le lait de vache, par LANGE. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIX, 2 et 3.) — Des sensations gustatives chez les enfants rachitiques ou non, par BUESSEM. (*Ibid.*, XXXIX, 2 et 3.) — L'estomac de l'enfant, sa dilatation par D'ASTROS. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, décembre.) — La dyspepsie du nourrisson, par CHARLES. (*Marseille méd.*, 1er et 15 décembre.) — La dyspepsie des enfants strumeux, son traitement, par FENWICK. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Etude bactériologique de l'infection gastro-intestinale aiguë chez le nourrisson, par LESAGE et THIERCELIN. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, novembre.) — De l'auto-intoxication intestinale chez l'enfant et de ses formes cliniques, par SAINT-PHILIPPE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 décembre.) — Revue générale des conditions qui favorisent les intoxications gastro-intestinales chez les enfants du premier âge, par DROUET. (*Journ. de clin. infantile*, 20 septembre.) — Un cas de melena neonatorum, par THORNTON. (*Boston med. Journ.*, 25 octobre.) — Péritonite tuberculeuse chez un enfant de 13 ans. Injection de naphtol camphré. Guérison, par SPILLMANN. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 juillet.) — Un cas de périthyphlite suppurée chez un enfant de 4 ans, l'appendice n'étant point la cause de l'abcès ; guérison, par HOMANS. (*Boston med. Journal*, 13 décembre.) — De l'hépatite suppurée chez les enfants, par V.-E. TCHERNOFF. (*Vratch*, 15 sep.) — Un cas d'anasarque sans albuminurie chez un enfant de 17 mois, par VARIOT. (*Journ. de clin. infantile*, 18 octobre.) — 5 cas de néphrite aiguë chez l'enfant, traitement par la pilocarpine, par LUECK. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.) — Les albuminuries et les néphrites chez les enfants, par LE GENDRE. (*Semaine méd.*, 19 décembre.) — Déplacement des reins dans la lithémie des enfants, par G. CARTER. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 24 novembre.) — Diabète sucré chez un enfant de 18 mois, par J. JAWORSKI. (*Gaz. lek.*, octobre.) — Un cas d'anémie pernicieuse dans l'enfance, par BAGINSKY. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 mars.) — Prolapsus complet de l'utérus et du vagin chez un nouveau-né, par HEIL. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 1.) — De la propagation des affections vulvo-vaginales de l'enfance aux organes génitaux internes et des péritonites consécutives aux vulvo-vaginites des petites filles, par MARTIN. (*Thèse de Paris.*) — Deux cas mortels de maladie de Werlhoff chez des enfants, par A.-A. KISEL. (*Vratch*, 18 août.) — Zona bilatéral de la face chez un enfant, par PALM. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 juillet.) — Quelques remarques sur l'eczéma des enfants, par HOLTON. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 24 novembre.) — Un cas d'exophtalmie chez un enfant de 3 mois, par GARRISSON. (*Ibid.*, 24 novembre.) — Absence de peau au niveau du sinciput chez un fœtus de 5 mois atteint de polydactylie, par AHLFELD. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 812, 27 août.) — Régime alimentaire des enfants, par COMBY. (*Méd. moderne*, 20 juin.) — De l'opium en médecine infantile, par COMBY. (*Ibid.*, 25 juillet.) — L'aconit en médecine infantile, par J. COMBY. (*Ibid.*, 5 déc.) — L'antisepsie intestinale chez les enfants, par COMBY. (*Ibid.*, 23 mai.) — De l'emploi de l'alcool dans les maladies aiguës chez les enfants, par HERTZKA. (*Wiener med. Presse*, 28 octobre.) — De l'emploi des bains tièdes dans les entérites fibriles du jeune

âge, par Fiessinger. (*Rev. int. de thérap.*, II, 22.) — Membrane en forme de concombre, remplie de meconium, expulsée par un nouveau-né, quelques heures après la naissance, par Ullmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 mai.) — Ablation d'un sarcome ostéoïde du péroné chez une fillette de 10 ans, par von Bardeleben. (*Ibid.*, 28 mai.) — Abcès sous-diaphragmatique chez un enfant de 6 ans, par Holme. (*Hospit. Tidende*, p. 445.) — Cancer congénital du cou, par Krœnlein. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 février.) — Sur l'invagination intestinale chez les enfants, par Hirschprung. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVI, 27.) — Enorme phlegmon périnéphrétique consécutif à un traumatisme chez un enfant de 20 mois, par F. Buscarlet. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XIV, 7, p. 428.) — Sarcome primitif du rein chez un mort-né, par Semb. (*Cent. f. Gynaek.*, 3 novembre) — Des tumeurs primitives de la vessie chez l'enfant, par Steinmetz. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 3 et 4.) — De la cure radicale des hernies chez l'enfant, par Karewski. (*Deut, med. Woch.*, 1er novembre.) — Des luxations habituelles de la rotule chez l'enfant, par Aldibert. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, décembre.) — L'hémarthrose du genou chez l'enfant, par Broca. (*Presse méd.*, 15 décembre.) — Du traitement prolongé et des résultats à distance dans la tuberculose chirurgicale chez les enfants, par Scheimpflug. (*Wiener med. Blätter*, 43.)

**Épilepsie.** — Epilepsie quelquefois provoquée par un réflexe vésical, par Aiken. (*Medical Record*, 3 novembre.) — La gliose cérébrale chez les épileptiques, par Tedeschi. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 3 et 4.) — Phénomènes circulaires et de rotation de l'épilepsie, par Mingazzini. (*Ibid.*) — Cas singulier d'épilepsie nocturne, par Lehmann. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LI, 2.) — Les forces de la vie, ses rapports avec la nature de l'épilepsie, par Gowers. (*Lancet*, 3 novembre.) — De la valeur de l'épilepsie corticale pour le diagnostic des maladies cérébrales, par Dehio. (*St-Petersburg. med. Woch.*, 36.) — Epilepsie jacksonnienne, par A. Wizel et K. Rychlinski. (*Gaz. lek.*, septembre-octobre.) — Contribution à l'étude des épilepsies jacksoniennes, par A. Wizel et K. Rychlinski. (*Ibid.*, octobre.) — Epilepsie bravais-jacksonienne avec paralysie longtemps limitée au membre supérieur, par J.-B. Charcot. (*Méd. moderne*, 26 décembre.) — Traitement de l'épilepsie, par V. Filia. (*Morgagni*, mai.) — Quelques remarques sur le traitement de l'épilepsie (Atropine et BrK), par Moeli. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Du traitement de l'épilepsie par l'opium et le bromure de potassium, par Holmberg. (*Finska lakar. handlingar*, XXXVII, 1.) — Action du traitement pastorien chez les épileptiques, par Germano et Colucci. (*Riforma med.*, 19 octobre 1893.) — Ablation des ovaires et des trompes dans un cas d'hystéro-épilepsie avec entière cessation des symptômes depuis l'intervention, par Meigs. (*Boston med. Journal*, 18 octobre.)

**Erythème.** — Erythème strié par Peter. (*Dermat. Zeit.*, I.) — Erythèmes polymorphes bulleux, par du Castel. (*Union méd.*, 15 septembre.) — Pityriasis rubra, érythème induré, par White. (*Journ. of cutan. dis.*, novembre.) — Œdème palpébral unilatéral, symptôme primitif d'un érythème exsudatif multiforme généralisé, par de Bourgon. (*Ann. d'ocul.*, novembre.) — A propos des érythèmes infectieux et toxiques. Eruptions post-sérothérapiques, par Le Gendre. (*Soc. méd. des hôp.*, 2 novembre.) — Note sur un cas d'érythème scarlatiniforme desquamatif, par Siredey. (*Ibid.*, 19 octobre.) — Erythème scarlatiniforme desquamatif, par Greffier. (*Dauphiné méd.*, 1er novembre.)

**Erysipèle.** — De l'érysipèle, étude d'après 11 cas, par Selva. (*N.-York med.*

*j.*, 24 novembre.) — Erysipèle périodique cataménial, par MASSALONGO. (*Riforma med.*, 4 octobre.) — L'origine traumatique de l'érysipèle, par WURDEMANN. (*Med. News*, 10 novembre.) — Présence fréquente des pneumocoques virulents dans la bouche des sujets convalescents d'érysipèle de la face, par NETTER. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 juillet.) — Traitement de l'érysipèle, par GAGE. (*Medical Record*, 3 novembre.)

**Estomac.** — Structure normale de l'estomac chez le fœtus et le nouveau-né, par KALOPOTHAKES. (*Soc. anat. Paris*, 26 octobre.) — Sur un estomac d'adulte à type fœtal, par DIDE. (*Ibid.*, 19 octobre.) — Du péritaltisme stomacal chez l'homme par HANOT et MEUNIER. (*Bull. soc. méd. des hôp.*, 19 octobre.) — L'estomac à jeun et vide, dans leurs rapports avec la sécrétion du suc gastrique, par SCHREIBER. (*Deut. Arch. klin. Med.*, LIII, p. 90.) — Contribution à la connaissance de la digestion gastrique humaine dans les conditions normales et pathologiques, par PENZOLDT. (*Ibid.*, LIII, p. 209.) — Sur la sécrétion de l'acide chlorhydrique par l'estomac à l'état sain et malade, par GROSS. (*Medical Record*, 20 octobre.) — Recherches expérimentales sur l'action immédiate du bicarbonate de soude sur la sécrétion du suc gastrique, par M. REICHMAN. (*Gaz. lek.*, septembre-octobre.) — Recherches sur l'action du bicarbonate et du citrate de soude sur la digestion stomacale, par MATHIEU et LABOULAIS. (*Soc. méd. des hôp.*, 27 juillet.) — Action du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique, par LINOSSIER et LEMOINE. (*Bull. de thérap.*, 15 décembre.) — De l'influence de l'exercice sur la digestion gastrique, par SURMONT et BRUNELLE. (*Soc. de biol.*, 10 novembre.) — Sur un nouveau procédé de dosage d'acide chlorhydrique libre et combiné, etc., par D.-Th. NAZAROFF. (*Vratch*, 15 septembre.) — Quelques méthodes simples pour l'analyse du contenu gastrique, par GILLESPIE. (*Rep. laborat. coll. phys. Edinburgh*, V, p. 56.) — Nature et traitement des troubles fonctionnels de l'estomac, par STOCKTON. (*Med. News*, 15 décembre.) — Sur les modifications du sac gastrique dans quelques maladies du foie et le diabète sucré, par KIRIKOW. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Eclairage de l'estomac par transparence; recherches sur les dimensions de l'estomac sain et malade, par A. MELTZING. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 3 et 4.) — De l'action mécanique de l'estomac, par EINHORN. (*Ibid.*) — Observation prouvant l'importance de l'analyse chimique du contenu de l'estomac pour le diagnostic des affections de cet organe, par SCHOLDER. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIV, 8.) — Traité des troubles fonctionnels mécaniques de l'appareil digestif, par C. SIGAUD. (Un vol. 238 p., *Paris.*) — De l'indigestion, par ORTON. (*Practitioner*, décembre.) — Dyspeptiques et obèses du ventre, par ZABÉ. (Un vol. 98 p., *Paris.*) — Les troubles sécrétoires de l'estomac d'origine nerveuse, par GODART-DANHIEUX. (*La policl. Bruxelles*, 1er décembre.) — De la dyspepsie nerveuse et de la neurasthénie gastro-intestinale, par WEBER. (*Medical Record*, 13 octobre.) — Des fermentations stomacales, de leur valeur diagnostique, par H. STRAUSS. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 5 et 6.) — Note sur l'anatomie pathologique de la gastrite muqueuse, par G. HAYEM. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 juillet.) — Lésions histologiques de l'estomac dans la dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons, par MARFAN. (*Mercredi méd.*. 1er août.) — De la dyspepsie hyperchlorhydrique, par MATHIEU. (*Ann. de méd.*, 14 novembre.) — Un cas de maladie de Glénard, néphroptose, gastroptose, par DE RENZI. (*Riforma med.*, 22 déc.) — Sur un cas de crise gastrique, par SOUPAULT. (*Méd. mod.*, 1er déc.) — Cancer de l'estomac (forme pyohémique) fistule ombilicale, abcès cancéreux du foie, par ACHARD. (*Ibid.*, 3 oct.) — Ictère chronique simulant une infection intestinale et dû à un cancer du pylore et de la tête du pancréas, par FLŒRSHEIM. (*Soc. anat. Paris*, 30 novembre.) — A propos du traitement du

cancer du pylore, par Jaboulay. (*Lyon méd.*, 18 novembre.) — Lavage dans le traitement des maladies de l'estomac, par Salinger. (*Therap. Gaz.*, 15 septembre.) — Sur un nouvel appareil de lavage de l'estomac, par Gross. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Le régime alimentaire dans les maladies de l'estomac, par H. Loetscher. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, mai.) — De la digestibilité des aliments, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. gén. de thér.*, 15 novembre.) — Du massage de l'estomac plein, par Cséri. (*Wiener med. Woch.*, 17 novembre.) — L'atropine dans l'hyperchlorhydrie, par Pugliese. (*Il policlinico*, 1er novembre, et *Riforma med.*, 9 novembre.) — De l'emploi et de l'indication des alcalins dans le traitement des affections de l'estomac, par Dujardin-Beaumetz. (*Rev. int. de méd. et chir.*, 5 novembre.) — Le bicarbonate de soude dans le traitement de la dyspepsie gastrique, par Mathieu. (*Bull. méd.*, 23 décembre.) — Ulcère de l'estomac probablement d'origine syphilitique, par Luxenburg et Zawadzki. (*Wiener med. Presse*, 9 décembre.) — De la perforation du diaphragme dans l'ulcère rond de l'estomac, par Pick. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 5 et 6.) — Sur l'ulcère rond de l'estomac, par Stoll. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIII, p. 566.) — Traitement de l'ulcère de l'estomac, par Mathieu. (*Ann. de méd.*, 28 novembre.) — Pyopneumothorax sous-phrénique consécutif à la perforation d'un ulcère simple de l'estomac, par Dutournier. (*Soc. anat. Paris*, 9 novembre.) — Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac, par Kuester. (*Cent. f. Chir.*, 22 décembre.) — Ulcère de l'estomac et du duodenum traité par la laparotomie, par Eve. (*Lancet*, 10 novembre.) — Un cas d'opération pour hémorragies dues à un ulcère de l'estomac : cautérisation et anastomose avec le jéjunum, par Kuster. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 juillet.) — Laparotomie pour rupture d'un ulcère de l'estomac, guérison, par Morse. (*Med. chir. Trans.*, LXXVII, p. 187.) — De la cure radicale de l'ulcère chronique de l'estomac, par E. Lambotte. (*Clin. Bruxelles*, 1894.) — Laparotomie pour ulcère de l'estomac perforé, avec pneumothorax sous-phrénique, par Ewart et Bennett. (*Lancet*, 17 novembre.) — Ulcère perforé de l'estomac, laparotomie, suture, par Nicholson. (*Brit. med. j.*, 3 novembre.) — Laparotomie pour perforation d'ulcère de l'estomac, par Nicholson. (*Ibid.*, 22 décembre.) — Troubles gastriques anciens, hématémèse, laparotomie, section d'adhérences entre l'estomac et le foie, guérison, par Terrier. (*Bull. soc. de thér.*, XX, p. 693.) — Ulcère de l'estomac pris pour un cancer et guéri par le chlorate de soude, retour des accidents, dilatation stomacale, gastro-entérostomie, mort, par Chaput. (*Soc. anat. Paris*, 14 décembre.) — De la chirurgie de l'estomac, par Mayo. (*Medical Record*, 10 novembre.) — Rétrécissement du pylore, pyloroplastie, guérison, par Miller. (*Lancet*, 1er décembre.) — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum, par Doyen. (*Arch. prov. de chir.*, III, 11.) — Cancer du pylore inopérable, gastro-entérostomie, par Houzel. (*Ibid.*) —De la pylorectomie, par Chaput. (*Flandre méd.*, 2 août.) — Néoplasme de l'antre pylorique avec obstruction. Résection cylindrique de l'estomac. Guérison complète sans aucun trouble fonctionnel depuis sept mois et demi, par Tuffier. (*Mercredi méd.*, 18 juillet.) — Traitement du rétrécissement cancéreux du cardia, par Arnaud. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du manuel opératoire de la gastrostomie, par Villar. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 758.) — Rétrécissement fibreux du pylore, gastro-entérostomie, par Tuffier. (*Ibid.*, XX, p. 565.) — Etude sur la gastro-entérostomie, description d'un procédé inédit, gastro-entérostomie valvulaire, par Chaput. (*Presse méd.*, 14 juillet.) — Procédé de gastro-entérostomie sans ouverture de la muqueuse, par Bastianelli. (*Riforma med.*, 21 août.) — Des fonctions de l'estomac après la gastro-entérostomie, par Rosenheim. (*Soc. méd. Berlin*, 24 octobre.)

**Exanthème.** — Sur les érythèmes médicamenteux, par MOREL-LAVALLÉE. (*Ann. de dermat.*, V, 12.) — Erythème desquamatif récidivant et hydrargyrie, par ZYSMAN. (*Thèse de Paris.*) — Des exanthèmes par l'antipyrine, par MOELLER. (*Therap. Monats.*, novembre.) — Idem, par BRASCH. (*Ibid.*) — Idiosyncrasie chez une hystérique pour l'antipyrine, l'antifébrine et le salicylate de soude, par CAPPELLETTI. (*Riforma med.*, 11 décembre.) — Des exanthèmes iodiques, par BROES VAN DORT. (*Dermat. Zeit.*, I.) — Des éruptions par l'antipyrine, par GUILLOUD. (*Thèse de Paris.*)

**Expectoration.** — Expectoration fétide traitée par les inhalations de vapeur de goudron créosoté, par CHAPLIN. (*Hunterian Soc.*, 24 octobre.) — De la réaction colorée des crachats, par ZENONI. (*Cent. f. inn. med.*, XV, 12.)

## F

**Face.** — De la récidive et de la diplégie dans la paralysie faciale rhumatismale, par HUBSCHMANN. (*Neurol. Cent.*, 15 novembre.)

**Ferment.** — Sur le travail d'Ebstein et Schulze concernant l'action de $CO^2$ sur les ferments diastasiques, par SCHIERBECK. (*Cent. f. Phys.*, VIII, 210.) — Comment réagissent les ferments vis-à-vis de la substance glycogène, par KOCH et HODÆUS. (*Cent. f. Bakt.*, 11 août.) — Des réactions des levures en présence du sucre, par KOCH et HODÆUS. (*Ibid.*, XVI, 4.) — Nature du zymogène du ferment fibrinogène du sang, par CASTELLINO. (*Arch. ital. di clin. med.*, 3.( — Etudes sur la fermentation lactique, par KAYSER. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 11.)

**Fièvre.** — De la fièvre, par MARAGLIANO. (*Riforma med.*, 14 août.) — Pathogénie de la fièvre, par UGHETTI. (*Ibid.*, 6 octobre.) — Contribution à l'étude de la fièvre, par ZIENIEC. (*Wiener med. Presse*, 23 décembre.) — La fièvre et son traitement; discussion à la Brit. Assoc. (*Brit. med. j.*, 17 novembre.)

**Fièvre jaune.** — De l'inoculation de la fièvre jaune, par Mc Fadden GASTON. (*Journal Americ. med. Ass.*, 8 décembre.) — Sur un cas de vomito negro, par LE DANTEC. (*Arch. de méd. navale*, novembre.)

**Fistule.** — Du traitement des fistules recto-urétrales, par LEJARS. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 603.) — De la cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-intestinales, par POUSSON. (*Arch. prov. de chir.*, III, 12.)

**Foie.** — L'innervation du foie, les nerfs vaso-moteurs des ramifications portales, par CAVAZZANI et MANCA. (*Arch. per le sc. med.*, XVIII, 4.) — Effets de la section des nerfs vagues sur la fonction glycogénique du foie, par BUTTE. (*Soc. de biol.*, 24 novembre.) — De la facilité du surmenage hépatique, par CASSAET et MONGOUR. (*Arch. clin. Bordeaux*, novembre, et *Soc. de biol.*, décembre.) — Teneur en calcium, en soufre et en phosphore des cellules hépatiques et spléniques aux différents stades de développement,

par Krueger. (*Zeit. f. Biol.*, XXXI, p. 392.) — Recherches expérimentales sur l'état du foie dans les maladies infectieuses (infections charbonneuses et tuberculeuses dans la veine-porte), par Maffucci et Sirleo. (*Policlinico*, 15 novembre.) — Etude des hydrates de carbone dans le foie, par Kuelz et Vogel. (*Cent. f. med. Wiss.*, 3 novembre.) — L'examen physique du foie, par Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 17 novembre.) — De la douleur épigastrique à la pression comme signe précoce des affections du foie, par Glénard. (*Cong. de méd. Lyon*, octobre.) — Des troubles névralgiques du foie sans lithiase, par Pariser. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 octobre 1893.) — Epidémie d'ictère catarrhal, par Kramer. (*Ugesk. for Läger.*, I, p. 554.) — Une forme rare d'angiocholite et de périangiocholite des gros vaisseaux biliaires intrahépatiques, par Pollaci. (*Riforma med.*, 18 août.) — Sur 2 cas d'ictère infectieux, l'un mortel, sans fièvre, dû au coli-bacille, l'autre, avec fièvre et guérison, dû au staphylocoque blanc, par Chatin. (*Province méd.*, 1er décembre.) — Ictère grave hyperthermique sans coli-bacille, par Hanot. (*Soc. de biol.*, 3 novembre.) — Infection du foie compliquant l'appendicite. Pathogénie des abcès aréolaires, par Achard. (*Soc. méd. des hôp.*, 16 novembre.) — Vaste abcès aérolaire du foie pris pour une pleurésie purulente (pus microbien stérile), par Hanot. (*Ibid.*, 28 décembre.)— Abcès aérolaire du foie, par Œttinger. (*Ibid.*, 21 décembre.) — Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds, grands abcès du foie, par Bertrand et Fontan. (In-8°, 732 p., *Paris.*) — L'étiologie, la prophylaxie et le traitement de l'hépatite aiguë des pays chauds, par Comanos Pacha. (*Gaz. méd. d'Orient*, 14.) — Quelques considérations sur l'étiologie et le traitement des abcès hépatiques, par C. Guatinelli. (*Morgagni*, septembre.) — Protozoaires dans un abcès du foie, par Berndt. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 1 et 2.) — Etude sur l'entéro-hépatite suppurée endémique, par Babes et Zigura. (*Arch. de méd. exp.*, VI, 6.) — Abcès du foie consécutif à un anthrax, par Ricard. (*Bulletin méd.*, 17 octobre.) — Un cas d'abcès du foie, par Wysmann et Grippeling. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 mars.) — Sur des dépôts d'aspect cristallin observés dans un foie cirrhotique, par Pettit. (*Soc. de biol.*, 27 octobre.) — De la suppression momentanée des fonctions hépatiques dans l'alcoolisme aigu, par Cassaet. (*Ibid.*, 27 octobre.) — La stéatose normale et pathologique du foie, par Pilliet. (*Ibid.*, 29 décembre.) — Cirrhose tuberculeuse expérimentale, généralisation du processus sclérogène, par F. Widal et Bezançon. (*Ibid.*, 29 décembre.) — Ethylisme et lésion mitrale, cirrhose du foie, atrophique dans le lobe droit, hypertrophique dans le gauche, par Griffon. (*Soc. anat. Paris*, 12 octobre.) — Cirrhose alcoolique hypertrophique. Examen microscopique, par J. Hobbs. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 octobre.) — Un cas de cirrhose mixte du foie, par Jakowleff. (*Deut. med. Woch.*, 8 novembre.) — Sur les œdèmes externes dans le cours de la cirrhose hépatique, par A. de Giovanni. (*Morgagni*, juillet.) — Sur une forme rare de cancer primitif du foie, épithélioma adénoïde, par Bret. (*Province méd.*, 13 octobre.) — Diagnostic différentiel des cancers du foie et des foies cardiaques, par Flu. (*Thèse de Paris.*) — Rapports entre la stomatite mercurielle et la glycosurie alimentaire dans le traitement des affections du foie par le calomel, par Simeray. (*Thèse de Lyon.*) — Des tumeurs du foie, par Roberts. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — Kyste hydatique du foie, par W. Lezine. (*Vratch*, 18 août.) — Des ruptures traumatiques du foie, par Zoledkiowski. (*Gaz. lek.*, septembre.) — Déchirure du foie, par Vallas. (*Province méd.*, 46.)

**Fracture.** — Fracture de la clavicule. Suture. Guérison, par Routier. (*Revue d'orthopédie*, 1er novembre.) — Fracture de la clavicule irréductible, suture, par Routier. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 664.) — Fracture de l'omoplate ;

névrite traumatique, par TROUILLET. (*Dauphiné méd.*, 1er novembre.) — Fracture du col chirurgical de l'omoplate, par MORESTIN. (*Soc. anat. Paris*, 5 octobre.) — Mécanisme des fractures des côtes, par BAEHR. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 3 et 4.) — De la position du membre dans le traitement des fractures du coude, par SMITH. (*Boston med. Journal*, 18 octobre.) — Fracture de l'os iliaque, par GRIPAT. (*Bull. Soc. méd. Angers*, XXII, 2e sem., p. 10.) — De l'hydarthrose du genou dans les fractures du col du fémur, par VIALLET. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement de la fracture extra-capsulaire, par SOUTHAM. (*Lancet*, 17 novembre.) — Fracture des deux fémurs chez un nourrisson de 6 mois, par SECHEYRON. (*Journal de clinique infantile*, 11 octobre.) — Du traitement ambulatoire des fractures des extrémités inférieures, par POREMBSKI. (*Semaine méd.*, 17 novembre.) — Suture de la rotule pour fracture comminutive ouverte; guérison, par A. NEGRETTO. (*Morgagni*, avril.) — Fracture de la rotule, cal linéaire, par CHAPUIS. (*Lyon méd.*, 18 novembre.) — Fracture de la rotule, par J.-L. REVERDIN. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIV, 6, p. 402.) — Du traitement ambulatoire des fractures de jambe et de cuisse, par ELBOGEN. (*Prager med. Woch.*, 45.) — Fracture directe de l'extrémité supérieure du tibia gauche, fissure pénétrant dans l'articulation du genou, hémarthrose, par DUMOULIN. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.) — Fracture des deux os de la jambe vicieusement consolidée, suture, greffe osseuse, par DELORME. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 707.) — Sur les fractures de jambes au tiers supérieur, par BAEHR. (*Cent. f. Chir.*, 15 décembre.) — Pseudarthrose de la jambe, greffe osseuse, par VALLAS. (*Lyon méd.*, 30 décembre.) — Fracture isolée de la tête du péroné, suture osseuse, par TIETZE (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 2.) — Deux cas de fracture du calcanéum par écrasement, par MORESTIN. (*Soc. anat. Paris*, 22 octobre.) — Trois cas de fracture du calcanéum, par MORESTIN. (*Ibid.*, 27 octobre.) — Observations cliniques de 15 cas de fractures simples et compliquées, par MANLEY. (*Americ. med. surg. Bulletin*, 15 décembre.) — De l'emploi des sangles élastiques dans les contractures suites de fractures. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 juin.) — Fractures guéries au moyen de la suture osseuse, par ROUX DE BRIGNOLLES. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 513.) — Simplicité dans le traitement des fractures, par LYMAN. (*N.-York med. j.*, 27 octobre.) — Le traitement ambulatoire des fractures, par ROCHARD. (*Union médicale*, 22 novembre.)

**Fulguration.** — Lésions curieuses produites par un coup de foudre, par KNAGGS. (*Lancet*, 24 novembre.)

**Furoncle.** — Traitement de la furonculose, par NEUBERGER. (*Dermat. Zeit.*, I.)

## G

**Gangrène.** — Gangrène de la vulve, par O'HAGAN. (*Brit. med. j.*, 17 nov.) — Un cas de gangrène sèche spontanée du pied gauche, par PANAS. (*Bull. Acad. de méd.*, 5 juin.) — Gangrène bilatérale des extrémités dans le cours d'une fièvre typhoïde, fille de 18 ans, par DUCHESNE. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 décembre.) — Sur les gangrènes traumatiques, par BAIVY. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 novembre.) — Amputation de l'épaule

pour gangrène gazeuse aiguë, guérison, par Jones. (*Brit. med. j.*, 3 nov.) — De la gangrène spontanée des extrémités et de ses rapports avec les maladies des vaisseaux, par Weiss. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 1 et 2.) — Etiologie du phlegmon gazeux, par Bunge. (*Forts. d. Med.*, XII, 14.) — Altérations gangréneuses multiples et unilatérales de l'extrémité céphalique, par Hallopeau et Le Damany. (*Soc. franç. de dermat.*, 15 novembre.) — Les gangrènes cutanées médicales, par Achard. (*Bull. méd.*, 14 novembre.) — Gangrène diabétique du pied, amputation, par Wallace. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XXII, p. 57.) — Un cas de maladie de Raynaud, par Batman. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 décembre.) — De la gangrène phéniquée, par Lecœuvre. (*Thèse de Lille.*) — Gangrène des doigts à la suite de pansements phéniqués, par Laugier. (*Bull. méd.*, 27 décembre.) — Gangrène phéniquée du pouce, par Monod. (*Bulletin Société de chirurgie*, XX, p. 558.)

**Génitaux (Org.).** — Sur l'innervation vaso-motrice du pénis, par François-Franck. (*Soc. de biol.*, 24 novembre.) — Recherches sur l'innervation vaso-motrice du pénis ; technique des explorations et principaux résultats. Topographie des nerfs constricteurs et dilatateurs, par François-Franck. (*Arch. de phys.*, VII, 1, p. 122 et 138.) — Sur les dangers d'une chirurgie malpropre dans la circoncision, par Levien. (*Medical Record*, 17 novembre.) — Des hernies et des hydrocèles consécutives au phimosis congénital, par Denucé. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 octobre.) — Paraphimosis, balano-posthite et végétations du pénis, par Vaughan. (*Amer. med. surg. Bull.*, 1er novembre.) — Etude de tumeurs péniennes, par Buday. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 1.) — Un cas de tuberculose de la verge, par Ssalitscheff. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XV, p. 375.) — Enchondrome du corps caverneux, par Claude. (*Soc. anat. Paris*, 2 novembre.) — Enchondrome des corps caverneux, antécédents douloureux, extirpation, par Tuffier et Claude. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, décembre.) — Nouvelle méthode d'amputation du pénis, par Pousson. (*Ibid.*, novembre.) — Où se terminent les canaux de Gartner, par Kossmann. (*Cent. f. Gynaek.*, 8 décembre.) — Un cas d'hydrocèle chez la femme, par Liermann. (*Deut. med. Woch.*, 15 novembre.) — Du prurit vulvaire, par Czempin. (*Dermat. Zeit.*, I.) — De l'esthiomène de la région vulvo-anale, par Mazarakis. (*Thèse de Paris.*) — De l'esthiomène, par Brau. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'esthiomène ou ulcère simple chronique de la vulve, par Dubreuilh et Brau. (*Arch. clin. Bordeaux*, décembre.) — Un cas de végétations très développées chez une femme accouchée à terme et ne diminuant pas pendant les couches, par Porak. (*Journ. de méd. de Paris*, 18 novembre.) — Fibro-myome de la grande lèvre, par J.-L. Reverdin et F. Buscarlet. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 8.) — Cancer primitif du clitoris, par Faguet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 décembre.)

**Géographie médicale.** — Contribution à la géographie médicale, Djeddah, pèlerinages, choléra, par Alix. (*Arch. de méd. navale*, novembre.) — Notes de médecine et d'hygiène sur les Nouvelles-Hébrides, par Davillé. (*Ibid.*) — Notes ethnographiques sur Porto-Novo, recueillies en 1889, par Marchoux. (*Ibid.*)

**Glaucome.** — Glaucome simple, par Gould et Hewish. (*Med. News*, 24 nov.) — Sur le mécanisme d'action de l'iridectomie dans le glaucome, par de Vincentiis. (*Rev. gén. d'opht.*, XIII, 11.) — Le temps de réaction à des impressions gustatives mesuré par un compteur à secondes, par Henry. (*Soc. de biol.*, 27 octobre.)

**Goutte.** — La goutte, par Dyce Duckwortk. Trad. allemande, de H. Dippe. (*Leipzig.*) — L'albuminurie et les lésions du rein dans la goutte, par de Grandmaison. (*Gaz. des hôp.*, 24 novembre.) — Dépôts goutteux dans le testicule, par Tower. (*Journ. of cutan. dis.*, décembre.) — Traitement des manifestations articulaires de la goutte et du rhumatisme par introduction électrolytique du lithium, par Labatut, Jourdanet et Porte. (*Gaz. des hôp.*, 4 décembre.)

**Grippe.** — Etudes sur l'étiologie de l'influenza, par Letzerich. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 3 et 4.) — L'épidémie de grippe de 1890 dans les Pays-Bas, par Salomonson et de Rooy. (*Weekbl. van Tidj. voor Geneesk.*, 1893.) — Influence de la grippe épidémique sur la natalité, par Van Wollenhoven. (*Ibid.*) — Une épidémie de grippe et de pneumonie à l'hospice Saint-Julien en 1891-1892, par Parizot et Stroup. (*Rev. méd. de l'Est*, 11, p. 325.) — Epidémie de grippe de Zurich, par Eichhorst. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1er mars.) — Epidémie de grippe à l'asile d'aliénés de Zurich, par Forel. (*Ibid.*, 1er mai.) — Influenza et grossesse d'après les faits observés à Gemenoz, par Ruffié. (*Thèse de Lyon.*) — Influenza maligne, par Blume. (*Hosp. Tidende*, II, p. 241.) — Quelques remarques sur l'influenza et sur la pneumonie grippale, par Gmemer. (*Prager med. Woch.*, 36.) — Sur la pneumonie grippale au point de vue clinique, par L. Knaster. (*Medycyna*, septembre.) — Le cœur irrégulier après la grippe, par Sansom. (*Brit. med. j.*, 10 novembre.) — Douleurs cardiaques et tachycardie suite de grippe, par Sansom. (*Med. chir. Trans.*, LXXVII, p. 287.) — Un cas de phlegmatia alba dolens double d'origine grippale, par Marcopoulos. (*Méd. moderne*, 29 août.) — Paralysie transitoire des membres inférieurs et de la vessie, congestion pulmonaire neuro-paralytique suite de grippe, par Romano. (*Riforma med.*, 23 novembre.)—Epidémie de grippe intestinale, par Oser. (*Œsterr. Sanitats.*, 11.)—Influenza à forme gastro-intestinale chez une femme enceinte de 8 mois, par Lefour. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 19 août.) — Epilepsie suite de grippe, par Boeri. (*Riforma med.*, 15 septembre.) — Des affections des os, des articulations et des ligaments dans la grippe, par Franke. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 3.) — Note sur un cas de grippe à manifestations graves ; phlegmon gangreneux du dos ; mort, par Veil. (*France méd.*, 13 juillet.)

**Grossesse.** — Des phénomènes dits physiologiques de la grossesse et de leur transformation insidieuse en phénomènes pathologiques, par Rivière. (*Arch. clin. Bordeaux*, octobre.) — Recherches sur la physiologie de la respiration pendant la grossesse, par Delezenne. (*Bull. méd. du Nord*, p. 401, 28 septembre.) — Impressions maternelles, par Work. (*Med. News*, 27 octobre.)— Des fausses grossesses ou grossesses par illusion, par Eustache. (*Nouv. arch. d'obst.*, novembre.)—La physiologie générale et la pathologie illustrées par l'étude de la grossesse et de la menstruation, par Barnes. (*Lancet*, 1er décembre.) — Des grossesses triples, par Mirabeau. (*St-Petersb. med. Woch.*, 36.)—Symptômes de l'hydramnios aigu, par Wolff. (*Cent. f. Gynaek.*, 17 novembre.) — Fièvre typhoïde compliquant la grossesse, par Griffiths. (*Lancet*, 15 décembre.) — Albuminurie gravidique prolongée, par Roux. (*Marseille méd.*, 15 octobre.) — 12 cas de grossesse après salpingo-ovarite et pelvi-péritonite suppurée, par Fraipont. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 décembre.) — 4 observations de fibromes compliquant la grossesse, par Treub. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — De la grossesse compliquée de myomes, par Kleinhans. (*Prager med. Woch.*, 44.) — Grossesse dans un utérus unicervical bicorne, par Tate. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XXII, p. 43.) — Sur la conduite à suivre dans l'agonie des femmes enceintes, par Remy.

(*Arch. de tocol.*, novembre.) — Infection amniotique; accidents bronchopulmonaires et hépatiques chez le nouveau-né en rapport avec l'infection du liquide amniotique, par Demelin et Létienne. (*Méd. moderne*, 30 juin.) — Rupture de la paroi abdominale chez un nouveau-né par traumatisme intra-utérin sans lésions extérieures chez la mère, par G. Paul. (*Prager med. Woch.*, 30 août.) — La muqueuse utérine dans la grossesse ectopique, par Henrotay. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, octobre.) — Etude anatomique et clinique sur la grossesse ectopique, par Hofmeier. (*Verhand. phys. med. Ges. Würzburg*, XXVIII, 4.) — Etiologie des grossesses extra-utérines, par Tainturier. (*Thèse de Paris.*)—Grossesse tubaire en partie interstitielle, rompue à 6 semaines. Laparotomie, par Ludwig Pick. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 juin.) — Phénomènes de compression intra-utérine du fœtus, par Ahlfeld. (*Ibid.*, p. 812, 27 août.) — Grossesse tubaire chez un singe, par Waldeyer. (*Ibid.*, 6 août.) — Hématocèle rétro-utérine rompue dans la cavité abdominale. Mort. Grossesse extra-utérine probable, par E. Weber. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1er mai.) — Du traitement par la voie vaginale des hématocèles et des grossesses extra-utérines avec rupture du kyste, par Condamin. (*Lyon méd.*, 4 novembre.) — Grossesses extra-utérines et hémorragies internes, par Rochet. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 novembre.) — Grossesse extra-utérine, par Mc Chesney. (*Medical Record*, 10 novembre.) — De la cœliotomie immédiate dans la grossesse tubaire rupturée, par Nammack. (*Ibid.*, 17 novembre.) — Grossesse extra-utérine, rupture dans l'intestin, laparotomie, par Lorenz. (*Deut. med. Woch.*, 6 décembre.) — Grossesse extra-utérine de 12 mois de durée, par Rector. (*N.-York med. j.*, 24 novembre.) — Diagnostic et traitement de la grossesse tubaire, par Haynes. (*Ibid.*, 15 décembre.)

**Gymnastique.** — Traitement des maladies par la gymnastique suédoise, par Hartelius. Traduction de Fick et Vuillemin. (In-8°, 360 p., *Paris.*) — La gymnastique suédoise médico-mécanique et l'Institut de Zander à Ragak, par F. Bally. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er juillet.)

**Gynécologie.** — Du rôle du système nerveux dans les affections gynécologiques, par Maurice Muret. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, p. 381.) — Revue des travaux du semestre d'été dans le service de gynécologie du Boston City Hospital, par Starbied. (*Boston med. Journal*, 20 décembre.) — De l'éducation comme facteur dans la prophylaxie des maladies des femmes, par Storrs. (*Medical Record*, 27 décembre.) — De l'emploi du bleu de méthylène en obstétrique et en gynécologie, par P. Lugeol. (*Journ. méd. Bordeaux*, 11 novembre.)

## H

**Helminthes.** — Trois cas d'ankylostomiase à Naples, par Tinozzi (*Riforma med.*, 7 novembre.) — Proportion du fer dans le foie, dans l'ankylostomiase, par Rake. (*Journ. of path. and. bact.*, III, 1.) — Un cas d'anémie par ankylostome duodénal avec présence de larves de diptère (sarcophaga hœmorroïdalis), par L. Abbamondi et L. Cipollone. (*Giorn. med. Esercito e Marina*, 1894.) — Sur la valeur pathologique des lombrics, par M. Blumenau. (*Vratch*, 24 novembre.) — Sur la conservation, le transport et l'examen des selles au point de vue des œufs helminthiasiques, par Jakimowitch. (*Vratch*, 15 décembre.) — Un cas de strongle géant, par P. Moscato. (*Riv. clin. e terapeutica*, 10, p. 505.) — Étude biologique du bilharzia

hœmatobia, par Looss. (*Cent. f. Bakt.*, 25 août.) — Trichinose avec localisation spéciale, par Finger. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVII, 2.) — Trichinose (expérimentale) chez le chien, par Dlugay. (*Hyg. Rundsch.*, IV à 22, p. 1029.) — Épidémie de trichinose à Klausenbourg, par Genersich. (*Orvosi hetilap*, 42.) — Collection d'ascarides, développée dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde et ouverte spontanément à l'extérieur, par Vidal. (*Journal de clinique infantile*, 27 septembre.) — Des oxyures chez l'enfant traitement par la naphtaline, par Schmitz. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIX, 2 et 3.) — Thymol comme antihelminthique, par Sonsino. (*Lancet*, 1er décembre.)

**Hémoglobinurie.** — Sur un cas d'hémoglobinurie infectieuse, par Lion. (*Soc de biol.*, 29 décembre.)

**Hémorragie.** — Des hémoptysies cardiaques, étiologie, par Dargein. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hémorragies chez les neurasthéniques, par Mesnard et Ausset. (*Soc. de biol.*, 15 décembre.) — 2 cas d'hémorragie de la langue, par Chinimi. (*Il policlinico*, 1er novembre.) — Gastrorragie et hématurie d'origine nerveuse, par Zilgien. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 décembre.) — Neurasthénie et hémorragies des muqueuses, par Mesnard. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 25 novembre.) — Un cas rare de perforation de l'appendice ; mort par hémorragie due à la rupture de la veine iliaque, par Lewis. (*Medical Record*, 13 octobre.) — De l'hémorragie ombilicale, étiologie, traitement, par Craig. (*Med. News*, 24 novembre.) — Des hémorragies utérines pendant l'état puerpéral, par Pinard. (*Bull. méd.*, 25 novembre.) — Traitement des hémorragies après l'accouchement, par Duhrssen. (*Berliner Klinik*, 76.)

**Hémorroïdes.** — Traitement des hémorroïdes, par Reclus. (*Semaine méd.*, 28 novembre.)

**Hérédité.** — Transformation héréditaire des maladies diathésiques, par Crocq, (*Gaz. hebd. Paris*, 29 septembre.)

**Hernie.** — Hernie congénitale diaphragmatique, ectopie cardiaque, par Clozier. (*Gaz. des hôp.*, 20 décembre.) — Hernie diaphragmatique, par Mc. Rae. (*Med. Record*, p. 790, 22 décembre.) — Hernie inguinale étranglée avec cystocèle, par J. L. Reverdin. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 8.) — Hernie inguinale de la vessie, de la trompe et de l'ovaire, par Reymond. (*Soc. anat. Paris*, 23 novembre.) — Hernie inguinale droite ; résection de l'appendice iléo-coecal, par Lebrun. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 décembre.) — Cœlio-herniotomie pour hernie inguinale irréductible, par Schumpert. (*Journal Americ. med. Ass.*, 8 décembre.) — 140 cures radicales de hernie inguinale par la méthode de Bassini, par Preto. (*Soncino.*) — Persistance du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic et invaginé au dehors, par Broca. (*Bull. soc. de Chir.* XX, p. 724.) — Des hernies du cœcum compliquées d'appendicite, par Charnois. (*Thèse de Lyon.*) — Cure radicale d'une hernie étranglée chez un vieillard, par O' Callaghan. (*Brit. med. j.*, 3 novembre.) — Résection et suture de l'intestin après étranglement de 81 heures, par Lockwood. (*Med. chir. Trans.*, LXXVII, p. 193.) — Traitement des hernies gangrenées, par Guinard. (*Bull. gén. de thér.*, 30 novembre.) — Traitement des hernies de l'enfance par les injections de sérum artificiel, par Luton. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, décembre.)

**Histologie.** — Mécanisme des impressions métalliques dans a méthode de

Golgi, par Azoulay. (*Soc. de biol.*, 22 décembre.) — Appareil pour infiltrer rapidement la paraffine dans les tissus déshydratés, par Cheatle. (*Journ. of path. and bact.*, III, 1.) — Le rouge neutre de Grübler et son affinité pour les tissus vivants, par Ehrlich. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 mai.) — Préparations du système nerveux par l'acide osmique et le tanin, par le vanadate d'ammoniaque et le tanin, par Azoulay. (*Soc. anat. Paris*, 14 décembre.)

**Hoquet.** — Hoquet grave, seul symptôme d'un cancer du gros intestin et du pancréas, arrêté par la cocaïne, par A. Heidenhain. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 juin.) — Un cas de hoquet incoercible traité avec succès par la nitroglycérine, par Griswold. (*Journal americ. med. Ass.*, 27 octobre.)

**Hôpital.** — L'hôpital militaire de Bucarest, par Manicatide. (*Rev. d'hyg.*, août.)

**Hydatide.** — Kyste hydatique de l'orbite, par Lawford. (*Oph. soc. unit. kingdom*, 13 décembre.) — Kyste hydatique de la parotide chez un garçon de 7 ans, par Piéchaud. (*Arch. clin. Bordeaux*, novembre.) — Kyste hydatique du cou chez un enfant, par Smith. (*New Zealand med. j.*, VII, 2.) — Kyste hydatique de la mamelle par Brindel. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 février.) — Kyste hydatique du poumon, par H. Lamarque. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 décembre.) — Kystes hydatiques primitifs de la plèvre, par Rebière. (*Thèse de Paris.*) — Kyste hydatique du foie ouvert dans le péritoine, par Debove et Soupault. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 octobre.) — Observation d'un cas de kyste hydatique du foie compliqué de cirrhose hypertrophique, avec communication largement établie entre le kyste et la vésicule biliaire, par Ferrand. (*Ibid.*, 9 novembre.) — Hydatides du foie avec abcès et exsudat péritonéal, par Schaudein. (*Berl. klin. Woch.*, 26 mars.) — Kyste hydatique du foie chez un enfant de 8 ans ; laparotomie, par Depage. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 décembre.) — Uu cas de kyste hydatique suppuré du foie, par A. Crickx. (*Ibid.*, 15 novembre.) — Kyste à échinocoques du foie et du poumon droit, par Allora. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVIII, 1.) — Traitement des kystes hydatiques du foie, par L. Galliard. (*Méd. moderne*, 2 juin.) — Du traitement des kystes hydatiques du foie, par Masure. (*Thèse de Lyon.*) — Énorme kyste hydatique du côté gauche des cavités du tronc, ponctionné et évacué en partie par les voies urinaires, par L. Revilliod. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 7.) — Des kystes hydatiques du rein, par Braillon. (*Thèse de Paris.*) — Néphrotomie pour kyste hydatique diagnostiqué chez un homme de 39 ans, par Kroenlein. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte.*, 1er août.) — Laparotomie pour obstruction instestinale par kystes hydatiques multiples, par Hutchinson jun. (*Med. chir. Trans.*, LXXVII, p. 133.) — Sur l'origine des échinocoques multiples de la cavité abdominale, par V. A. Ratimoff. (*Vratch*, 22 septembre.) — Traitement des kystes hydatiques, par Gardner. (*Australian med. j.*, 20 août.)

**Hydrothérapie.** — Traitement des congestions actives des voies respiratoires par les enveloppements hydriques, par Chaumier. (*Thèse de Paris.*) — L'hydrothérapie moderne, par Whitby. (*Brit. med. j.*, 8 décembre.) — Du mouillage de la peau comme agent antipyrétique, par M. Herz. (*Wiener med. Woch.*, 39.) — Les enveloppements humides dans les maladies aiguës, par H. Richardière. (*Méd. moderne*, 30 mai.) — De l'hydrothérapie rationnelle, par Baruch. (*Medical Record*, 27 octobre.)

**Hygiène.** — Manuel d'hygiène publique, par A. Wernich, R. Wehmer. (*Stutgart.*) — Précis d'hygiène scolaire, par Peaucellier. (In-16, 56 p. *Amiens.*) — L'hygiène dans les écoles primaires de Breslau, par G. Kynast. (*Hyg.*

*Rundsch.*, IV, 13, p. 605.) — Les conditions d'éclairage des écoles de Halle, par K. Liebrecht. (*Ibid.*, IV, 13, p. 607.) — L'hygiène dans les écoles des États-Unis, par Bertram. (*Ibid.*, IV, 12, p. 564.) — Examen de l'air des salles des cliniques de Tomsk, par S. M. Timacheff. (*Vratch*, 4 août.) — Le surmenage scolaire, par Edel. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 mai.) — Sur l'éducation physique dans les collèges, par Conant. (*Boston med. Journal*, 18 octobre.) — Quelques remarques d'ordre physiologique relatives au travail intellectuel et à la méthode, par Fougerat. (*Thèse de Paris.*) — L'éclairage moderne, par Rochard. (*Union médicale*, 6 novembre.) — L'air mural et son importance hygiénique, par M. Kapoustine. (*Vratch*, 20 octobre.) — Procédé d'asséchement des vieilles constructions. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 5.) — Nouvelle matière de construction isolante, par Lange. (*Ibid.*, IV, 17.) — Arrêté préfectoral du 8 août 1894 fixant les conditions de règlement relatif à l'assainissement de Paris. (*Rev. d'hyg.*, août, et *Ann. d'hyg. publ.*, septembre.) — Statistique médicale comparée des villes de Bruxelles, Anvers, Liège et Gand, par Voituron. (*Mouv. hyg.*, IX, 9.) — Recherches comparatives sur la ventilation, par Gréhant. (*Soc. de Biol.*, 3 novembre.) — Mesures à prendre pour supprimer les odeurs de Paris, par Ach. Livache. (*Rev. d'hyg.*, XVI, 6, p. 502.) — Avis du Conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur les établissements industriels où il convient de réglementer ou d'interdire l'emploi des femmes, adolescents et enfants. (*Mouv. hyg.*, X, 239.) — Le travail manufacturier au point de vue sanitaire, par Wilckinghoff. (*Deutsche Viertelj. f. œffent. Gesundh.*, XXVI, p. 414.) — Des effets de l'habillement moderne sur la santé des femmes, par Martha Smith. (*Journal Americ. med. Ass.*, 10 novembre.) — Végétarisme et cyclisme, par Bonnefoy. (*Journ. de la santé*, 14 octobre.) — Mort subite en vélocipède, par H. Petit. (*Bull. Méd.*, 5 septembre.) — Une proposition paradoxale de la physiologie comparée des sports, par Henry. (*Soc. de biol.*, 27 octobre.) — Utilité et dangers du vélocipède, par Deshayes. (*Normandie méd.*, 15 décembre.) — Des troubles cardiaques à la suite d'exercices sportifs, par Tessier. (*Bulletin méd.*, 19 décembre.) — Discussion sur les dangers des sports chez les jeunes enfants, par Le Gendre, Bouchard, Tessier, Coubertin à l'Association française pour l'avancement des sciences. (*Congrès de Caen*, août.) — A propos de l'éducation physique, par Kunstler. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 16 décembre.) — De l'assainissement des voitures, par Conn. (*Journal Americ. med. Ass.*, 17 novembre.) — Les filtres domestiques, par Chaltin. (*Ann. Soc de méd. d'Anvers*, p. 165, avril.) — Transformation des abreuvoirs publics de l'aqueduc de Zaghouan (Tunis, par Richard et Jannin. (*Rev. d'hyg.*, juillet.) — Le carabisme, étude d'hygiène alimentaire, par Chalibert. (*Thèse de Bordeaux.*) — Avis du Conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur le commerce de la glace naturelle et artificielle. (*Mov. hyg.*, X, p. 245.) — Valeur des différents modes d'abatage au point de vue hygiénique, par M. Kruger. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 18, p. 850.) — Appareil de Henneberg pour la cuisson des viandes à la vapeur, par Liebe. (*Zeit. f. Fleisch.*, IV et *Hyg. Rundsch*, IV, 18, p. 841.) — Sur les conditions sanitaires des vacheries, par Parker. (*Boston med. Journal*, 29 novembre.) — Construction, aménagement et exploitation des abattoirs publics, par Oscar Schwarz. (*Berlin.*) — De l'utilisation des viandes de valeur inférieure et de celles d'animaux malades pouvant être livrées à la consommation, par de Vaucleroy. (*Mouv. hyg.*, X, 8, p. 337.) — Ordonnance de police de Posen (8 février 1894), concernant le mode de conservation des viandes destinées à la vente au détail. (*Zeit. f. Fleisch und Milch. Hyg.*, IV et *Hyg. Rundsch.*, IV, 16, p. 754.) — Sur la nécessité d'une réglementation sanitaire internationale relative à l'émigration d'un grand nombre d'individus pour prévenir la dissémination des maladies contagieuses et épidémiques,

par Smith. (*Medical Record*, 13 octobre.) — Le service sanitaire des bateaux d'émigration, par Buscalioni et Bosio. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVIII, 1.) — Statistique des accidents par explosion de chaudière en Allemagne. (*Chem. Zeit.*, XVII.) — Les entrepôts de chiffons au point de vue de l'hygiène et de leur suppression dans les centres urbains, par Blaise. (*Rev. d'hyg.* XVI, 6, p. 473.) — Cercueils tachyphages, par O. Wyss. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Rapport sur un cimetière de Havelberg, par Petri. (*Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundh.*, IX.) — Arrêté royal belge sur les travaux de déblaiement des cimetières supprimés et instruction du Conseil supérieur d'hygiène. (*Mouv. hyg.*, X, 7.)

**Hypnotisme.** — Hypnotisme comme anesthésique en chirurgie, par Hudson. (*N. York med. j.*, 22 décembre.) — L'hypnose comme agent thérapeutique, par L. Friedrich. (*Munich.*) — L'hypnotisme à l'hôpital de Munich rive gauche, par von Schrenck-Notzing. (*Leipzig.*) — Paralysie de la vessie accompagnant une infection puerpérale, guérie par suggestion à l'état de veille, par Goudard. (*Journ. de méd. Paris*, 9 décembre.)

**Hystérie.** — Symptomatologie et traitement de la neurasthénie et de l'hystérie, par L. Lowenfeld. (*Wiesbaden.*) — L'hystérie consécutive aux maladies infectieuses, par Grenier. (*Presse méd.*, 1er décembre.) — De l'hystérie tardive, par Jay. (*Thèse de Paris.*) — Toux hystérique épidémique, par Bozzolo. (*Riforma med.*, 13 décembre.) — Accidents d'hystéro-traumatisme à la suite d'un coup reçu sur le crâne, par Peyrot. (*Bull. soc. de Chir.*, XX, p. 562.) — Du bégaiement hystérique, par B. Greidenberg. (*Vratch*, 6 octobre.) — Un cas d'aphasie hystérique, par Leoni et Trombetti (*Morgagni*, novembre.) — Mutisme hystérique avec paraphasie, agraphie et alexie chez une fille de 12 ans, par Ringier. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 février.) — A propos d'une prétendue guérison miraculeuse de mutisme hystérique, par d'Aguanno. (*Arch. ital. di laring.*, XIV, 4.) — Surdi-mutité hystérique guérie par suggestion à l'état de veille, par X. Francotte. (*Mercredi méd.*, 3 octobre.) — Un cas d'otalgie et de surdité hystérique, par Gradenigo. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVII, 11 et 12.) — Hystérie, confusion mentale et amnésie continue, anesthésie généralisée, expérience de Strumpell, par Séglas et Bonnus. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — Sur l'hystérie simulant ou combinée avec le tabes, par H. Higier. (*Gaz. lek.*, novembre.) — Obs. d'œdème hystérique, par Delacour. (*Bull. soc. scient. de l'Ouest*, III, 3.) — Du rôle des idées fixes dans la pathogénie de la polyurie hystérique, par Souques. (*Arch. de neurol.*, décembre.) — Pseudo-mal de Pott, hystérique, par Pignet. (*Thèse de Lyon.*) — Délire de maigreur chez une hystérique, par Brissaud et Souques. (*Nouv. Iconog. de la Salpétrière*, VII, 6.) — Des borborygmes hystériques, par Pitres. (*Progrès médical*, 29 décembre.) — Ulcère de l'estomac hystérique, phtisie hystérique, colique hépatique, péritonite hystérique, par Massalongo et Farinati. (*Riforma med.*, 11 octobre.) — Hystérie ayant simulé l'agonie au cours d'une fièvre typhoïde, par Rauzier. (*Cong. de méd. Lyon*, octobre.) — Tétanos et hystérie, par Berthier. (*Ibid.*) — Hémiathétose hystérique, par Rauzier. (*Ibid.*) — Hystérie mâle associée à de l'insanité morale, par de Santis. (*Il Policlinico*, juin.) — Coxalgie hystérique, par Willems. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 octobre.) — Toux nerveuse, coxalgie hystérique, anorexie, contractures multiples, troubles psychiques chez une jeune fille, par Grosdran de Ruzancais. (*Journ. de clin. infant.*, 6 septembre.)

## I-J-K

**Ichtyose.** — Ichtyose kératosique avec séborrée, par Dupré et Mosny. (*Ann. de dermat.*, V, 12, p. 1361.) — Ichtyose familiale, par Jeanselme. (*Soc. franç. de dermat.*, 15 novembre.)

**Idiotie.** — Faiblesse du cœur chez les idiots, par Wulff. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LI, 2.)

**Impétigo.** — Impétigo herpétiforme, par Du Castel. (*Union méd.*, 20 sept.) — De l'impétigo herpétiforme, par B. Schulze. (*Arch. f. Dermat.*, XXX, 1.) — Impétigo de la face; vulvite concomitante, par Variot. (*Journ. de clin. infant.*, 8 novembre.)

**Inanition.** — Marche de l'inanition chez les animaux à sang froid, par Manca. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVIII, 1.) — Influence du jeûne sur l'échange des matières azotées et des graisses, etc., par Kroujkoff et Vistenhoff. (*Vratch*, 6 octobre.)

**Infection.** — La question des infections mixtes, par Muehlmann. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 21.) — Infection à streptocoque du fœtus par contamination buccale, par Legry et Dubrisay. (*Presse méd.*, p. 135.) — De l'infection par le diplocoque lancéolé, par Foa. (*Zeit. f. Hyg.*, XVI, et *Hyg. Rundsch.*, IV, n° 15, p. 695.) — Infection rapide par le pneumocoque de Talamon, par Casanova. (*Arch. de méd. nav.*, décembre.) — Des infections nosocomiales, par E. Hagenbach-Burckhardt. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — Les infections mixtes dans les suppurations aiguës, par Trombetta. (*Morgagni*, octobre.) — Infection de nature indéterminée simulant la lymphadénie aiguë, par Chastanet. (*Soc. anat. Paris*, 23 novembre.) — La question des infections mixtes, par Pane. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 10.) — Augmentation considérable de la toxicité urinaire par les bains froids dans les maladies infectieuses, par Ausset. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 novembre.) — Les infections malignes primitives ou secondaires des voies respiratoires par les microbes pyogènes, par Mya. (*Riforma med.*, 20 décembre.) — Sur le développement et la marche des lésions infectieuses des plaies, par Buday. (*Pester med. chir. Presse*, 19.) — Immunité dans les maladies infectieuses, par Achalme. (In-16, *Paris*, 1895.) — Les inoculations prophylactiques dans les maladies infectieuses, par Rochard. (*Union médicale*, 4 décembre.)

**Injection.** — Du rôle de la suggestion dans les effets de la méthode séquardienne, par Martinet. (*Thèse de Bordeaux.*) — La méthode Brown-Séquard, traité de la thérapeutique des tissus, étude des sécrétions internes, action des principes sécrétés par la cellule vivante, état actuel des applications de la méthode Brown-Séquard, par Bra. (In-8°, 600 p., *Paris.*) — Les injections intraveineuses de sucre, par Vaughan Harley. (*Presse méd.*, 15 décembre.) — Des embolies de paraffine dans les injections intramusculaires de mercure, par Harttung. (*Deut. med. Woch.*, 29.) — Des injections sous-conjonctivales de sublimé, par Vossius. (*Soc. méd. de Giessen*, 10 juillet.) — Sur les injections intraveineuses de sublimé par le procédé

de Baccelli, par Uma. (*Medycyna*, septembre.) — Injections sous-conjonctivales de sublimé, par A. Lange. (*Przegl. lek.*, septembre.) — Injections sous-conjonctivales, par G. Sous. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 septembre.)

**Insolation**. — Recherches expérimentales sur la pathogénie du coup de chaleur, par Laveran. (*Bull. Acad. méd.*, 27 novembre.) — Pathogénie du coup de chaleur, par Vaslin. ((*Ibid.*, 18 décembre.)

**Intestin**. — Etude de la longueur de l'intestin, par Dreike. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 1 et 2.) — Sur la fonction du gros intestin, par Kobert et Koch. (*Deut. med. Woch.*, 22 novembre.) — Physiologie des mouvements de l'intestin, par Grützner. (*Ibid.*, 29 novembre.) — Deux observations de diverticule de Meckel, par Brindeau. (*Soc. anat. Paris*, 30 novembre.) — Trajet anormal du gros côlon, par Juvara. (*Ibid.*, 23 novembre.) — De l'entéralgie, par Potain. (*Semaine méd.*, 28 novembre.) — Sur la guérison de la constipation, par Ullmann. — Idem, par Forel. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 15 mai et 1er juin.) — La constipation habituelle, traitement, par Howay. — Constipation chez l'enfant, par Smith. — Idem, par Dana. (*N. York country med. Ass.*, 19 novembre.) — Prolapsus de l'intestin par persistance du conduit omphalo-mésentérique, par Lœwenstein. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 3.) — Deux cas d'ulcère rond du duodénum, par Heinatz. (*Vratch*, 25 septembre.) — Contribution à l'étude de la tuberculose locale du cœcum, par Pilliet et Thiéry. (*Progrès méd.*, 24 novembre.) — Sur l'élimination complète d'une anse intestinale, par Obalinski. (*Medycyna*, novembre.) — Calcul intestinal, par Marchand. (*Berl. klin. Woch.*, 27 août.) — De l'appendicite, par Depage. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 novembre.) — Typhlentérite et non-appendicite, par Gauley. (*N. York med. j.*, 27 octobre.) — De l'appendicite, 38 cas, par Dunn. (*North western Lancet*, 1er novembre.) — Notes sur l'appendicite, par Grandin. (*Medical Record*, 1er décembre.) — Délivrance prématurée d'un fœtus mort, imposée par une attaque d'appendicite aiguë avec remarque sur l'appendicite chez la femme, par Mundé. (*Ibid.*, 1er décembre.) — Des abcès périhépatiques d'origine appendiculaire, par Sallet. (*Thèse de Lyon.*) — Contribution à l'étude clinique de la périty-phlite ; 11 cas de guérison par le traitement médical, par Millard. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 novembre.) — Périty phlites et appendicites, par Paul Le Gendre. (*Ibid.*, 30 novembre.) — Typhlites et appendicites, leur traitement, par Huchard. (*Ibid.*, 7 décembre.) — Les indications du traitement de la typhlite et de l'appendicite, par Rendu. (*Ibid.*) — Périty phlite et appendicite, par Mathieu. (*Ibid.*, 14 décembre.) — Traitement médical des appendicites et des périty phlites, par Le Gendre. (*Journ. de clin. inf.*, 13 déc.)— Traitement des typhlites et des appendicites, par Huchard. (*Journal des Praticiens*, 15 décembre.) — De la périty phlite et de son traitement, par Baumgartner. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 août.) — Nécessité d'un traitement chirurgical rapide dans l'appendicite, par Wheeler. (*N. York med. j.*, 3 novembre.) — Appendicite à rechutes, 3 abcès sous-ombilicaux, extirpation de l'appendice, par Schwartz. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 620.) — Sur un cas d'appendicite ayant nécessité un mode opératoire spécial, par Wyeth. (*Journal Americ. med. Ass.*, 22 décembre.)—Notes sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de l'appendicite aiguë et chronique, 61 cas opérés, une mort, par Deaver. (*Med. News*, 1er décembre.) — De l'appendicite, d'après 68 cas opérés à la clinique d'Upsal de septembre 1888 à juillet 1893, par Lennander. (*Beit. z. klin. med.*, 9.) — Appendicite suppurée, laparotomie, guérison, par Mareschal. (*Bull. Soc. méd. Angers*, XXII, 2e sem., p. 85.) — Appendicite. Extraction d'un calcul fécal par incision et drainage, par J.-C. Holst. (*Norsk Mag.*, octobre.) — Périty phlite,

laparotomie, fibrome du cœcum, par du Bouchet. (*Soc. anat. Paris*, 9 novembre.) — Résection à froid de l'appendice vermiculaire, par Poncet. (*Bull. méd.*, 14 novembre.) — De la résection à froid de l'appendice vermiculaire du cœcum dans les appendicites chroniques à répétition, par Challiol. (*Thèse de Lyon.*) — De la psoïte d'origine appendiculaire, par Gouraud. (*Ibid.*) — Rétrécissement inflammatoire de la région iléo-cœcale, résection de l'intestin, entérorraphie circulaire, guérison, par Hartmann. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 700.) — Fibro-sarcome de la valvule iléo-cœcale, par Lavisé. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 octobre.) — Nouveau procédé d'entérostomie, par Desguin. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, p. 227, juillet.) — Rétrécissement du pylore, tétanie, anurie, gastro-entérostomie tardive, mort, par Landgraf. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 juillet.) — Recherches expérimentales sur le bouton de Murphy, par Chaput. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 738.) — Sur une modification du bouton de Murphy, par Destot. (*Arch. prov. de chir.*, III, 11.) — Sur le travail de Zielewicz sur l'anastomose par le bouton de Murphy, par Willy Meyer. (*Cent. f. Chir.*, 29 décembre.) — Résection de l'intestin, emploi du bouton de Murphy, par Plettner. (*Ibid.*) — Anastomose intestinale, par Wiggin. (*N. York med. j.*, 1er décembre.) — Sur l'emploi du bouton anastomotique, méthode de Murphy, par Villard. (*Lyon méd.*, 9 décembre.) — La gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy, par Quénu. (*Presse méd.*, 29 décembre.) — De l'évolution lente du cancer du gros intestin et son traitement, par Crespin. (*Thèse de Paris.*) — Cancer du côlon ascendant, par Chavannaz. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 décembre.) — Du cancer primitif du duodénum, par Pic. (*Rev. de méd.*, décembre.) — Sur la cure radicale du cancer du gros intestin, par Chavannaz. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur le traitement radical du cancer du côlon, par Demons. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 649.) — Cancer du côlon transverse, résection, anastomose, par Lilienthal. (*N. York Acad. of med.*, 12 novembre.) — Carcinome du gros et du petit intestin, résection de 175 centimètres dont 115 d'intestin grêle ; guérison, par Comte. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 5, p. 334.) — Anastomose de l'intestin grêle, guérison, par Cripps. (*Brit. med. j.*, 17 novembre.) — Vaste entérostomie pour tuberculose intestinale et guérison par entéro-anastomose, par W. Koerte. (*Berl. klin. Woch.*, 9 juillet.) — Le traitement des tumeurs adhérentes à l'intestin par leur exposition au dehors et leur excision consécutive, par Jaboulay. (*Lyon méd.*, 11 novembre.) — Plaie perforante de l'intestin guérie sans suture, par Boulland. (*Limousin méd.*, décembre.) — Diagnostic de la rupture de l'intestin, par Berndt. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 5 et 6.)

**Iris.** — Physiologie de la dilatation pupillaire, par O. Schirmer. (*Arch. f. Opht.*, XL, 5.) — Quelques études ultérieures sur la correction exacte des vices de réfraction dans l'iritis plastique, par Olivier. (*Ann. d'ocul.*, décembre.) — Iritis tuberculeuse, par Benson. (*Royal Acad. of med. Ireland*, 2 novembre.)

**Jumeau.** — Note pour servir à l'histoire pathologique des jumeaux, par Féré. (*Soc. de biol.*, 22 décembre.)

**Kyste.** — Opération pour un kyste congénital du cou chez un enfant, par Crivelli. (*Australian med. j.*, XVI, 8.) — Kyste médullaire, transposition de germes de tissus et sympodie, par J. Arnold. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XVI, p. 1.) — Kyste congénital pulsatile simulant un anévrisme, par Golding Bird. (*London clin. Soc.*, 23 novembre.) — Des kystes synoviaux articulaires du poignet, par Hochet. (*Thèse de Paris.*) — Des épidermoïdes,

kystes épithéliaux, par Félix Franke. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 1 et 2.) — Des kystes dermoïques traumatiques, par Réné Le Fort. (*Rev. de chir.*, décembre.) — Extirpation d'un kyste séreux congénital, situé dans la fosse ischio-rectale, ouverture du péritoine et issue de l'intestin grêle, par Bastard. (*Nouv. Montpellier méd.*, 8 décembre.) — De la rupture des kystes dans le ventre, par Rochet. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 octobre.) — Des kystes épithéliaux et fistules congénitales de la vessie ; des kystes congénitaux du coccyx, par Hildebrand. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 1.)

## L

**Lacrymales (Voies).** — Le trachome de la glande lacrymale, étiologie des adénopathies lacrymales symétriques, par Baquis. (*Ann. di ottalm.*, XXIII, p. 227.) — De la tuberculose des glandes lacrymales, par Salzer. (*Arch. f. Opht.*, XL, 5.) — Tumeur lacrymale à streptocoques, par Mazet. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er novembre.) — Mort par méningite à la suite d'un cathétérisme avec injection dans le canal lacrymal, par Leplat. (*Soc. d'opht. Paris*, 6 novembre.) — Une sonde galvano-caustique pour les voies lacrymales, par Peschel. (*Centralb. f. prakt. Augenheilh.*, août.) — Traitement des larmoiements simples, par Rochon-Duvigneaud. (*Journ. des Praticiens*, 15 décembre.) — De l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales, par Chabaneix. (*Thèse de Bordeaux.*)

**Lait.** — Sur le phosphate de chaux en dissolution dans le lait, par Vaudin. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 12.) — Sur quelques anomalies de la sécrétion du lait, par Temesvary. (*Wiener med. Woch.*, 1er décembre.) — De la stérilisation du lait, par Rodet. (*Lyon méd.*, 23 décembre.) — Stérilisation du lait, par Cathcart. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 19 décembre.) — La filtration du lait comme moyen adjuvant de la stérilisation, par Variot. (*Journ. de clin. infant.*, 23 août et 20 septembre.) — Sur la production du lait gras, par Gaertner. (*Wiener med. Woch.*, 27 octobre.) — Le lait gras, un nouvel aliment des nourrissons, par Gartner. (*Wiener med. Blätter*, 46.) — Sur le lait de vache comme aliment, par Biedert. (*Wiener med. Presse*, 21 octobre.)

**Langue.** — Adhérences cicatricielles de la langue au palais et au pharynx, syphilis, opération, par Vansant. (*Med. News*, 1er décembre.) — Sur un cas de macroglossie, par Bilhaut. (*Journ. de méd. Paris*, 16 décembre.)— Glossoplégie unilatérale et hémiatrophie de la langue par névrite probable de l'hypoglosse droit, par Marina. (*Riforma med.*, 22 octobre.) — Glossite folliculaire aiguë infectante, considérations cliniques et recherches bactériologiques, par Garzia. (*Rev. int. de rhin.*, IV, 17.)— De la langue noire, par Mourek. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 3.) — Sur les abcès froids de la langue, par Sauvage. (*Thèse de Paris.*) — Tuberculose linguale et glossite dentaire, par Mendel. (*Ann. de derm.*, V, 12, p. 1363.) — Gangrène de la langue probablement d'origine syphilitique, par Mendel. (*Ibid.*, V, 12, p. 1364.) — Papillome de la pointe de la langue chez un enfant, par P. Heymann. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 août.) — Sarcome de la langue traité par la pyoctanine, par Perman. (*Buffalo med. and surg. journ.*, octobre.) —

Rôle des leucocytes et des cellules géantes dans l'épithélioma de la langue, par Duenschmann. (*Journ. of path. and bact.*, III, 1.) — Opérations pour le cancer du maxillaire et de la langue, par Stokes. (*Acad. of med. in Ireland*, 9 novembre.)

**Laparotomie.** — De l'action curative et palliative de la laparotomie exploratrice, par Lascout. (*Thèse de Lyon.*) — De la laparotomie exploratrice dans les affections pelviennes, par Louis Frank. (*Americ. med. surg. Bull.*, 15 décembre.) — Remarques sur 100 laparotomies, par Byron Robinson. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 24 novembre.) — 50 opérations consécutives intrapéritonéales, une mort, par Cordier. (*Ibid.*, 10 novembre.) — Laparotomie pratiquée quatre fois chez une malade, par Elischer. (*Cent. f. Gynaek.*, 22 décembre.) — Traitement de la distension des trompes sans laparotomie, par Glasgow. (*Americ. Ass. of obst.*, 19 septembre.) — Emphysème traumatique local de la peau à la suite de la laparotomie, par Madlener. (*Münch. med. Woch.*, 24, p. 473.)

**Larynx.** — Sur le développement de quelques éléments du larynx humain, par Nicolas. (*Bibliog. anatom.*, septembre.) — La découverte des cartilages cunéiformes du larynx n'appartient pas à Wrisberg et ils ne doivent pas porter ce nom, par B. Fraenkel. (*Arch. f. Laryng.*, II, 2.) — Du noyau et des racines du nerf accessoire et du nerf vague, étude de l'innervation du larynx, par Grabower. (*Ibid.*, II, 2.) — Rapports du spinal avec l'innervation du larynx, par Onodi. (*66e réun. des natur. allem. Vienne*, 25 septembre.) — Mensuration de la tension des cordes vocales, par Rethi. (*Ibid.*) — Recherches expérimentales sur le mécanisme interne des muscles de larynx, par Neuman. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Sur le frémissement vocal à l'état normal, par Castex. (*Soc. de biol.*, 1er décembre.) — Sur le cours du sang dans la muqueuse du larynx et de l'épiglotte, par Spiess. (*Arch. f. Phys.*, p. 503.) — Anomalies musculaires du larynx, par Juvara. (*Soc. anat. Paris*, 27 octobre.) — L'hygiène de la voix, par A. Castex. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.) — Traitement de la toux nerveuse, par Lichtwitz. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 18 novembre.) — Paralysie du récurrent droit dans un cas d'anévrisme de la sous-clavière droite, par Meyer. (*Arch. f. Laryng.*, II, 2.) — Phénomènes laryngés dans un cas d'anévrisme intrathoracique, par Grossmann. (*Ibid.*, II, 2.) — Paralysie tabétique du récurrent gauche; origine exclusivement pneumogastrique des nerfs du larynx, par Grabower. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 août.) — Quelques considérations sur la laryngite chronique sèche, par Lacoarret. (*Rev. de laryng.*, 1er décembre.) — Laryngite et pachydermie, par Raugé. (*Bull. méd.*, 27 décembre.) — Rhumatisme du larynx, par Mackenzie. (*Edinb. med. j.*, déc.) — Comment traiter la laryngite striduleuse grave des enfants, par Huchard. (*Journ. des Praticiens*, 1er décembre.) — Périchondrite aryténoïdienne, suite de fièvre typhoïde, ankylose crico-aryténoïdienne double, sténose du larynx, par Vergniaud. (*Rev. de laryng.*, 1er décembre.) — Accidents laryngés dans la fièvre typhoïde, par Parsons. (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 30 novembre.) — Des formes rares de tuberculose laryngée, par Thost. (*66e réun. des nat. allem. Vienne*, 25 septembre.) — Polypes tuberculeux des cordes, par Panzer. (*Ibid.*) — Tuberculose laryngée, carie et perforation du cartilage thyroïde, abcès tuberculeux extra-laryngés, emphysème sous-cutané, mort, par Vergniaud. (*Rev. de laryng.*, 15 novembre.) — 7 cas de tuberculose laryngée avec guérison, par Bergengrün. (*Arch. f. Laryng.*, II, 2.) — Traitement de la sténose aiguë et chronique du larynx, par Northrup, O'Dwyer, etc. Disc. à la Brit. Assoc. (*Brit. med. j.*, 29 décembre.) — Sur les rétrécissements et atrésies syphilitiques du pharynx et

du larynx, par Heyman. (*66e réun. des nat. allem. Vienne*, 26 septembre.) — Du prolapsus des ventricules de Morgagni, par B. Fraenkel, Landgraf et Lewin. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 juin.) — Sarcome extrinsèque du larynx, par Paget. (*London path. Soc.*, 20 novembre.) — Sarcome sous-glottique enlevé par la thyrotomie, par Birkett. (*N.-York med. j.*, 17 novembre.) — Trois cas de néoplasmes laryngés, myxome sous-glottique, papillome, par Charles Knight. (*Ibid.*, 1er décembre.) — Nodules des chanteurs, par Frederick Knight. (*Ibid.*) — Un cas d'épithélioma et un cas de sarcome du larynx, par Bliss. (*Ibid.*, 10 novembre.) — Cancer primitif du larynx, par Marchand. (*Berlin. klin. Woch.*, 813, 27 août.) — Epithélioma des cordes vocales chez un ours, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 30 novembre.) — Le cancer du larynx, diagnostic et traitement, par B. Fraenkel. (*Leipzig.*) — Cancer du larynx énorme, engorgement ganglionnaire, par Fraenkel. (*Soc. anat. Paris*, 2 novembre.) — Cancer du larynx, par Fraenkel. (*Ibid.*, 9 novembre.) — Thyroïdectomie suivie de la résection du cartilage cricoïde et des cinq premiers anneaux de la trachée, nouvel appareil pour rétablir la phonation, par Péan. (*Bull. Acad. de méd.*, 1er mai.)— Les résultats de l'opération radicale des tumeurs malignes du larynx dans la pratique privée, 103 cas, par Semon. (*Lancet*, 15 décembre.) — De l'extirpation totale du larynx, par Rotter. (*Soc. méd. Berlin*, 17 octobre.) — Etude sur la laryngotomie, par Leseigneur. (*Thèse de Paris.*) — De la crico-trachéotomie pour croup laryngé, 2 cas, par Aievoli. (*Arch. ital. di laring.*, XV, 1.) — La question du tubage, par Helme. (*Méd. moderne*, 17 novembre.)

**Lèpre.** — Note historique sur la lèpre dans la région lyonnaise, par Coutagne. (*Lyon méd.*, 25 novembre.) — Une page d'histoire à propos de la lèpre, par Eraud. (*Ibid.*, 16 décembre.) — La lèpre et la syphilis au moyen âge, par P. Raymond. (*Ann. de derm.*, V, 12, p. 1378.) — Le bacille dans la lèpre systématique nerveuse, par Petrini. (*Ann. de derm.*, V, 12.)—La lèpre en Amérique avant l'invasion des Espagnols et des nègres, par Ashmead. (*Journal Americ. med. Ass.*, 8 décembre.) — La lèpre, par Gaucher. (*Tribune méd.*, 21 novembre.) — Du diagnostic bactériologique de la lèpre, par Marcano et Wurtz. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 1.) — Contagion et prophylaxie de la lèpre, par White. (*Boston med. Journ.*, 25 octobre.) — Anatomie pathologique de la lèpre, par Lie. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 3.) — Deux cas de lèpre autochtone, par Bernheim et Etienne. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juillet.) — Deux cas de lèpre du larynx, par Bergengrün. (*Arch. f. Laryng.*, II, 2.) Nature et traitement de la lèpre, par Bibb. (*Americ. j. of med. sc.*, novembre.)

**Leucémie.** — De la leucémie, 4 cas, par Schultze. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LII, p. 464.) — Sur la leucémie aiguë, par Cabot. (*Boston med. Journal*, 22 novembre.) — Acide urique et bases xanthiques dans l'urine normale et dans celle de la leucémie, par Krüger. (*Archiv für Physiologie*, p. 374.)— Acide urique, bases xanthiques et leucocytose dans la leucémie, par Jacob. (*Ibid.*, p. 378.) — Leucocythémie, hypertrophie ganglionnaire presque généralisée, par Nissim. (*Soc. anat. Paris*, 9 novembre.) — Bleu de méthylène contre la leucocythémie, par Gram. (*Hospitals Tidende*, p. 437.) — Leucocythémie splénique traitée par la moelle d'os, par Lawrie. (*Brit. med. j.*, 1er décembre.) — Leucocythémie splénique traitée par l'arsenic et les inhalations d'oxygène, par Taylor. (*London clin. Soc.*, 23 novembre.)

**Lèvre.** — Nouveau procédé de cheiloplastie par emprunt à la lèvre saine, par Larger. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 641.)

**Lichen.** — Prurigo et lichen, par Gamberini. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXIX, 4.) — Du lichen plan buccal, du lichen plan isolé de la bouche, par Gautier. (*Thèse de Bordeaux.*) — Lichen ruber verrucosus, par Gebert. (*Berl. klin. Woch.*, 9 juillet.) — Contribution à la pathologie des lichens. Du lichen plan, par Huguet. (*Gaz. hebd. Paris*, 22 septembre.)

**Lipome.** — Des lipomes du cou et de la nuque, par Marcais. (*Thèse de Paris.*)

**Locomotion.** — Sur la claudication intermittente consécutive à l'aortite syphilitique des membres inférieurs, par Levet. (*Thèse de Paris.*)

**Lupus.** — Du lupus secondaire aux interventions chirurgicales sur les foyers tuberculeux, par Bayet. (*Journ. des mal. cut.*, février.) — Lupus ancien et syphilis récente, par Augagneur. (*Lyon méd.*, 18 novembre.) — Lupus érythémateux symétrique des mains, par Gaucher et Barbe. (*Ann. de dermat.*, V, 12, p. 1367.) — Traitement du lupus d'après son siège, par Dubois-Havenith. (*La policl. Bruxelles*, 1er novembre.)

**Luxation.** — Des luxations subites se produisant dans le cours de certaines maladies aiguës, par Phocas. (*Gaz. des hôp.*, 15 novembre.) — Du traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule par la suture osseuse, par Chapuis. (*Thèse de Bordeaux.*) — Suture dans la luxation acromio-claviculaire, par Albers. (*Deut. med. Woch.*, 27 décembre.) — Opération pour luxation irréductible de l'épaule, par Keener. (*N.-York med. j.*, 8 déc.) — — Luxation de l'épaule par action musculaire, par Wilson. (*Brit. med. j.*, 22 décembre.) — Du traitement des luxations anciennes du coude, par Tillaux. (*Progrès méd.*, 22 décembre.) — Luxation du coude en arrière et en dehors ; exostose consécutive ; résection de l'extrémité inférieure de l'humérus, par Almières. (*Bull. Soc. méd. Angers*, 1er semestre, p. 12.) — De la luxation traumatique ancienne, irréductible, du radius en avant, traitement par la résection de l'extrémité déplacée, par Carrey. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas de luxation divergente des os de l'avant-bras, par Petzholdt. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 1.) — Luxation de l'os semi-lunaire, par Albertin. (*Lyon méd.*, 9 décembre.) — Résultats du traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche, par Tscherning. (*Bibl. for Läger*, V, p. 197.) — Nécrose de la tête du fémur après opération sanglante de la luxation congénitale de la hanche, par Bayer. (*Cent. f. Chir.*, 1er déc.) — Réduction non sanglante des luxations congénitales de la hanche, par Mikulicz. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 2.) — Traitement des luxations traumatiques de la hanche ; un cas de résection pour luxation obturatrice, par Ostermayer. (*Wiener klin. Woch.*, 4 octobre.) — Des luxations habituelles de la rotule chez l'enfant, par Aldibert. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, novembre.) — Résection orthopédique de la base du premier métatarsien dans un cas de luxation dorsale irréductible de cet os, par Annequin. (*Dauphiné méd.*, décembre.) — Traitement des luxations sous-astragaliennes compliquées, par Dehoey. (*Thèse de Lyon.*)

**Lymphatique.** — Sur les voies lymphatiques du système nerveux central, par d'Abundo. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 3 et 4.) — Sur les vaisseaux lymphatiques des organes génitaux de la femme et leurs anastomoses avec ceux du rectum, par Morau. (*Soc. de biol.*, 15 décembre.) — Une anomalie du canal thoracique, par Morau. (*Ibid.*) — Sur la circulation de la lymphe dans les petits troncs lymphatiques, par Ranvier. (*Acad. des sc.*, 24 décembre.) — Des hydroadénites suppuratives disséminées, par Tanvet.

(*Thèse de Bordeaux.*) — Des adénites tuberculeuses du cou, leur traitement, par LASTARIA. (*Morgagni*, novembre.) — Traitement du bubon suppuré par l'injection de vaseline iodoformée et le pansement occlusif, par HENRIE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Idées anciennes et nouvelles sur les affections des glandes lymphatiques, par BAYER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 3.) — Sur les lymphangiomes de la peau, par V. BOURGSDORFF. (*Vratch*, 18 août.) — De la formation du lymphangiome diffus de la cuisse, par SCHULTER. (*Thèse de Fribourg.*) — Angiokératomes ou lymphangiectasies, par RENAULT. (*Soc. franç. de dermat.*, 8 novembre.) — Lymphangiome de la peau, par GALLOWAY. (*Lancet*, 24 novembre.) — Des lymphomes, par TANSINI. (*Riforma med.*, 25 août.) — Un cas de chylothorax, par PORT. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 5 et 6.) — Tumeur maligne primitive des ganglions de l'aine, par MORTON. (*London path. Soc.*, 20 novembre.)

## M

**Main.** — Etude histologique des ongles sains et malades, par ECHEVERRIA. (*Monats f. prakt. Derm.*, XX, 2.) — Lipome de la paume de la main, par LAUNAY. (*Soc. anat. Paris*, 7 décembre.) — Du lipome de la main, par DE BERSAQUES. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 décembre.) — Un cas de polydactylie de la main gauche (auriculaire surnuméraire avec atrophie de la 1re phalange), par H. NÆGELI. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er mai.)

**Mal de mer.** — Etude du climat marin et du mal de mer, par LINDERMANN. (*Therap. Monats.*, novembre.)

**Mal des montagnes.** — Mal des montagnes, par PROMPT. (*Dauphiné méd.*, 1er octobre.)

**Maladie.** — Critique de la théorie de la maladie par germes, d'après la méthode de Bacon, par Lawson TAIT. (*Buffalo med. j.*, décembre.) — Lawson Tait et la théorie des germes dans les maladies, par PRYOR. (*N.-York med. j.*, 22 décembre.)

**Maladies professionnelles.** — Sur l'ostéite fémorale des bourreliers, par GUICHARD. (*Thèse de Lyon.*) — Hygroma professionnel de la bourse séreuse sus-acromiale des lesteurs, par POUZET. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 1.)

**Malformation.** — Malformation congénitale des mains et des pieds, par AUGAGAGNEUR. (*Lyon méd.*, 9 décembre.) — Un cas de malformation double (janiceps symétrique), suivi de considérations sur la situation transversale des viscères, par LOCHTE. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XVI, p. 157.) — Malformation congénitale de l'avant-bras, par COHEN. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVII, 2.)

**Mamelle.** — Etude histologique sur les vaisseaux lymphatiques de la glande mammaire, par REGAUD. (*Journ. de l'anat.*, novembre.) — De l'existence de

cellules en paniers dans l'acinus et les conduits excréteurs de la glande mammaire, par LACROIX. (*Acad. des sc.*, 29 octobre.) — Moyen de correction des mamelons mal conformés, par V. WILD. (*Cent. f. Gynaek.*, 10 novembre.) — Etude sur la polymastie comparée, par ATGIER. (*Bull. Soc. de méd. Angers*, p. 57, 1er semestre.) — Engorgement et abcès du sein pendant la puerpéralité, par REMY. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er novembre.) — Traitement par le drainage des abcès du sein postpuerpéraux à foyers multiples, par GUERRA. (*Thèse de Genève.*) — Mastite chronique simulant un néoplasme, abcès profond, par TUFFIER et CLAUDE. (*Soc. anat. Paris*, 21 décembre.) — Sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de la tuberculose mammaire de la femme, par SABRAZÈS et BINAUD. (*Arch. de méd. exp.*, VI, 6.) — Sur un cas de sarcome du sein, par TILLAUX. (*Méd. mod.*, 15 décembre.) — Epithélioma dentritique du sein gauche ; amputation, guérison, par FAGUET. (*Journ. méd. Bordeaux*, 28 octobre.) — Cancer d'une mamelle axillaire, par PAUL. (*London path. Soc.*, 4 décembre.) — Squirrhe du sein droit accompagné de galactocèle, par VILLAR. (*Soc. anat. Paris*, 2 novembre.) — De la dégénération colloïde dans l'inflammation de la mamelle, par DUCLERT. (*Journ. de l'anat.*, septembre.) — L'extirpation complète du cancer du sein, par HALSTEAD. (*John hopkins hosp. Rep.*, IV, 6.) — De l'opération radicale du carcinome du sein, par Willy MEYER. (*Medical Record*, 15 décembre.) — Résultats de 172 opérations de cancer du sein chez la femme, par HORNER. (*Beit. zur klin. Chir.*, XII, 3.)

**Massage.** — Le massage comme agent curatif, par FERGUSSON. (*Lancet*, 1er décembre.) — Mécanothérapie, traité d'orthopédie, de gymnastique et de massage, par LANDERER. (*Leipzig.*) — Du massage thoracique, par DUMONT. (*Bull. méd. du Nord*, nos 16 et suiv.) — De la columnisation du vagin et du massage en gynécologie, par DERVICH. (*Thèse de Lyon.*)

**Maxillaire.** — A propos du développement du sinus maxillaire, par LAGUESSE. (*Soc. de biol.*, 27 octobre.) — Sur la chirurgie du sinus maxillaire et ses progrès depuis 10 ans, par RAUGÉ. (*Rev. de chir.*, novembre, p. 928.) — Valeur de l'antroscope dans les affections du sinus, par WAGNER. (*66e réun. des natur. allem. Vienne*, 28 septembre.) — L'antre d'Highmore dans ses relations avec la résonnance de la voix, par SUDDUTH. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 17 novembre.) — De l'empyème de l'antre d'Highmore et de son traitement, par TALBOT. (*Ibid.*, 24 novembre.) — Suppuration du sinus traitée par le méat avec le trocart de Krause, par Dundas GRANT. (*Journ. of laryng.*, décembre.) — De l'empyème de l'antre d'Highmore, symptomatologie, diagnostic, par H. BURGER. (*Samml. klin. Vorträge*, no 111.) — Sur l'hydropisie inflammatoire du sinus maxillaire, par A. LESNIOWSKI. (*Gaz. lek.*, novembre.) — L'opération précoce dans les affections de l'antre d'Highmore, par DALY. (*N.-York med. j.*, 10 novembre.) — Cancer épithélial primitif de l'antre d'Highmore, par REINHARD. (*Arch. f. Laryng.*, II, 2.) — Nouveau perforateur du bord alvéolaire du sinus maxillaire, par GOUGUENHEIM. (*Ann. mal. de l'or.*, décembre.) — Ostéomyélite du maxillaire inférieur chez le kanguroo, par LANNELONGUE et ACHARD. (*Acad. des sc.*, 3 décembre.) — Traitement de la fracture double du maxillaire inférieur, par GAMBLE. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 décembre.) — De l'occlusion pathologique des mâchoires, par DELÉCLUSE. (*Thèse de Paris.*) — Opération contre l'ankylose de la mâchoire, par HELFERICH. (*Berlin. Woch.*, 28 mai.) — Quelques mots sur les néoplasmes des maxillaires, par LATHAM. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 décembre.) — Production voulue de pseudarthrose par interposition musculaire après ostéotomie du maxillaire inférieur, par ROCHET. (*Rev. de chir.*, novembre, p. 929.) — Sarcome du maxillaire inférieur, résection avec ligature des

deux carotides primitives, guérison, par Simpson. (*Brit. med. j.*, 1er décembre.)

**Médecine (Hist.)** — La médecine chez les Cambodgiens, par Leclère. (*Rev. scientif.*, 8 décembre.) — Brown-Séquard, par Dupuy. (*Ibid.*, 15 décembre.) — James Syme, professeur de chirurgie à l'Université d'Edimbourg (1833-1869), par Pemberton. (*Lancet*, 15 décembre.) — Marion Sims, père de la moderne gynécologie, par Mundé. (*Medical Record*, 27 octobre.) — Marion Sims, chirurgien et philanthrophe, par Shrady. (*Ibid.*, 27 octobre.) — Souvenirs sur Marion Sims à Paris, par Souchon. (*Ibid.*, 8 décembre.) — Desmarres, sa vie, son œuvre, par Truc. (*Nouv. Montpellier méd.*, 1er décembre.) — Hermann V. Helmholtz, par Hirschberg. (*Cent. f. prakt. Augenheilk.*, septembre.) — Les grands aliénistes français, par Semelaigne. (Tome I, in-8°, 414 p., *Paris.*) — Guy de Chauliac et la bataille de Brignais, par Mollière. (In-8°, *Lyon.*) — La médecine en province, par Potain. (*Rev. scientif.*, 10 novembre.) — La nouvelle réglementation des études médicales, par Liard. (*Rev. des Deux-Mondes*, 15 octobre.) — L'esprit clinique, par Guyon. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, novembre.) — De l'éducation médicale telle qu'elle devrait être par M'Ardle. (*Dublin Journ.*, novembre.) — Relation de l'étude de la pathologie avec la haute éducation médicale, par Stewart. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 17 novembre.) — De la profession médicale dans les Indes, par Hart. (*Brit. med. j.*, 29 décembre.) — Les médicastres chez les Indiens, par Prando. (*Boston med. Journ.*, 15 novembre.)

**Médecine légale.** — Compendium de pratique médico-légale, par J. Borntrager. (*Leipzig.*) — L'assistance médicale gratuite dans les campagnes, par Bedoin. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.) — Discussion de la Société de médecine légale sur le secret professionnel (Y a-t-il lieu de révéler aux maitres la grossesse de leurs domestiques ?) (*Ibid.*, juillet.)—Projet de généralisation du service d'identification par l'anthropométrie, par Paul Aubry. (*Ibid.*) — Etudes de questions légales soulevées à propos de l'établissement d'une scierie mécanique, par Edmond Dupuy. (*Ibid.*) — Affaire More ; tentative de meurtre. Rapport médico-légal, par Paul Garnier. (*Ibid.*, mai.) — Parallèle entre les législations sanitaires anglaise et allemande ou prussienne, par Jacobson. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, VIII, 130 et 359.) — Rapport au Comité supérieur prussien sur le cas d'une sage-femme inculpée d'homicide par imprudence, par Olshausen et Pistor. (*Ibid.*, p. 1.) — Etude médico-légale sur les fractures des membres inférieurs, par Ernst Schultze. (*Ibid.*, p. 52.) — Suicide par pendaison ou meurtre par strangulation avec suspension du cadavre, par F. Erhardt. (*Ibid.*, p. 102.) — Condamnation d'une sage-femme pour 3 cas de fièvre puerpérale dont 1 mortel transmis par elle (phlegmon du bras), par Chlumsky. (*Ibid.*, p. 144.) — Remarques pratiques sur les conséquences judiciaires des blessures, d'après le Code pénal autrichien, par Pilz. (*Wiener med. Presse*, 28 octobre.) — Commentaires sur un cas d'homicide, par Hodgdon. (*Boston med. Journ.*, 11 octobre.) — Suicide ou homicide ? un cas de diagnostic médico-légal, par Holden. (*Ibid.*, 11 octobre.) — De l'importance chimique des ptomaïnes dans les analyses médico-légales, par Mc Vey. (*Ibid.*, 8 novembre.) — De l'éventration au point de vue médico-légal, par Lamoureux. (*Thèse de Lyon.*) — Du vol à l'étalage et dans les magasins, étude médico-légale, par Bontemps. (*Thèse de Lyon.*) — Etude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes, par Baudry. (In-8°, 144 p., *Lille.*) — Sur l'amnésie rétrograde après les tentatives de suicide par pendaison, par Régis. (*Arch. clin. Bordeaux*, novembre.) — Electrode pour déceler les anesthésies simulées, par Placzek. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 août.) — Sur la valeur de la présence des gonocoques dans les

vieilles taches, par J. Nowak et L. Wachholz. (*Przegl. lek.*, septembre-octobre.) — Etude médico-légale des lésions du cou au point de vue du diagnostic différentiel entre l'homicide et le suicide, par Leniez. (*Thèse de Lyon.*) — La vision défectueuse dans ses relations avec le crime, par Van Fleet. (*American med. surg. Bulletin.*, novembre.) — Le traumatisé dans les accidents de chemins de fer, doit-il toujours bénéficier du traumatisme au point de vue légal? par C. Newton. (*Medical Record*, 8 décembre.) — Les incendiaires en Savoie, au point de vue médico-légal, étude sur la démence légale, par Dumaz. (*Ann. méd. psych.*, novembre).

**Médecine militaire.** — L'antisepsie dans les hôpitaux militaires. (*Gaz. des hôp.*, 4 décembre.) — Le premier pansement sur le champ de bataille. (*Ibid.*, 13 novembre.) — Pour nos soldats, conseils pratiques, hygiène et morale du service militaire, par Meivenglowski et Ernault. (In-12, *Paris.*) — De l'entraînement physique dans le service militaire, par Pilcher. (*Medical Record*, 13 octobre.) — Cours élémentaire de service de santé militaire, par Delmas. (In-18, *Poitiers.*) — De la mortalité due aux guerres depuis un siècle, par Lagneau. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.) — Les médecins militaires en temps de paix et de guerre, par Rensselaer. (*Boston med. Journ.*, 6 décembre.) — Le poste et l'ambulance de Tuyen-Quang, par Simon. (*Arch. de méd. nav.*, décembre.) — Le chauffage des logements des navires, par Burot. (*Ibid.*) — Sur les filtres Chamberland en usage dans la colonne expéditionnaire du Dahomey, par Molinier. (*Ibid.*)

**Mélanose.** — Formation du pigment dans les tumeurs mélaniques, par Jooss. (*Berl. klin. Woch.*, p. 699, 23 juillet.)

**Menstruation.** — Hygiène de la menstruation normale et morbide, par Livius Fürst. (*Leipzig.*) — De l'influence des bains de mer et de l'immersion prolongée sur la menstruation, par Houzel. (*Ann. de gynéc.*, décembre.) — Idées erronées sur la ménopause, par Currier. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — Modifications du canal cervical pendant la menstruation, par Herman. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVI, p. 250.) — Psychose menstruelle avec goitre périodique et exophtalmie, par Thoma. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LI, 3.) — Imperforation de la partie inférieure du vagin, rétention des règles, opération, par Jallot. (*Bull. Soc. méd. Angers*, XXII, 2e sem., p. 12.)

**Méninge.** — De la péri-méningite aiguë, par Merlier. (*Thèse de Paris.*) — Pneumonie et méningite, par J. Simon. (*Méd. moderne*, 19 décembre.) — Méningite par streptocoques, par M. Beck. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XV et *Hyg. Rundsch.*, IV, n° 15, p. 699.) — Le méningisme, par Dupré. (*Cong. de méd. Lyon*, octobre.) — Anatomie pathologique de la méningite cérébro-spinale, par Bikeles. (*Cent. f. Nervenk.*, août.) — Méningite tuberculeuse, par Maher. (*N.-York med. j.*, 8 décembre.) — Quelques observations sur la méningite tuberculeuse, par Austin. (*Boston med. Journ.*, 27 décembre.) — Aspect clinique de la méningite tuberculeuse de l'adulte, par Flœrsheim. (*Journ. des Praticiens*, 8 décembre.) — Sur un cas de méningo-myélite tuberculeuse, par Londe et P. Brouardel. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 1.) — Traitement de la méningite tuberculeuse, par Hirschberg. (*Bull. gén. de thér.*, 15 novembre.) — Fongus de la dure-mère cranienne ayant les caractères d'un épithélioma tubulé, secondaire à un cancer du sein; noyaux cancéreux de la peau, des poumons, par Flœrsheim. (*Soc. anat. Paris*, 30 novembre.)

**Moelle.** — La névroglie de la moelle, par Colella. (*Arch. per le sc. med.*,

XVIII, 4.) — Sur les limites précises entre la névroglie et les éléments nerveux dans la moelle épinière et sur quelques-unes des questions histo-physiologiques qui s'y rapportent, par Paladino. (*Boll. Accad. di Roma*, XIX, 2 et *Arch. itial. di biol.*, XXII, 1.) — Contribution aux connaissances sur le mode de se comporter des racines dorsales dans la moelle épinière et sur les effets consécutifs à leur résection, par Paladino. (*Ibid.*, XXII, 1.)— De l'inflammation de l'épendyme de la moelle, par Joffroy et Achard. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 1.) — Sur les lésions médullaires d'origine vasculaire, des embolies expérimentales appliquées à leur étude, par Lamy. (*Arch. de phys.*, VII, 1.) — Notes sur la dégénération résultant de la section des racines des nerfs et des lésions de la moelle, par J.-N. Langley et H.-K. Anderson. (*Proceed. Physiolog. Society*, 12 mai.) — Recherches expérimentales sur les processus dégénératifs et réparateurs dans la guérison des plaies de la moelle épinière et remarques sur l'histogenèse de la dégénérescence secondaire de la moelle, par Stroebe. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XV, p. 383.) — Sclérose latérale amyotrophique infantile du type familial, par Brown. (*Journ. of nerv. dis.*, novembre.) — Dégénérescence secondaire des cordons postérieurs secondaires à un foyer cérébral, par Durante. (*Soc. anat. Paris*, 14 décembre.) — Sclérose latérale amyotrophique et atrophie musculaire progressive, par de Renzi. (*Riforma med.*, 24 septembre.) — Sur un syndrome simulant la sclérose latérale amyotrophique chez un malade affecté de syphilis, par Ballet. (*Semaine méd.*, 21 novembre.) — Le symptôme complexe de la paralysie spasmodique spinale comme manifestation partielle d'une affection syphilitique héréditaire des centres nerveux, par Hoffmann. (*Neurol Centrab.*, 1er juillet.) — De la paralysie spinale syphilitique de Erb, remarques sur les paralysies spinales toxiques, par Trachtenberg. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 5 et 6.) — De l'amyotrophie spinale progressive infantile, par Werdnig. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVI, 3.) — Sclérose en plaques, par D. Capozzi. (*Morgagni*, mai.)

**Moelle.** — Myélite subaiguë compliquée de névrite optique, par Devic. (*Cong. de méd. Lyon*, octobre.) — Coexistence d'une sclérose latérale amyotrophique avec une parencéphalie, par Rauzier. (*Ibid.*) — De la syringomyélie, par Galib. (*Thèse de Lyon.*) — De la dégénérescence rétrograde ; dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle secondaire à un foyer cérébral, par Durante. (*Soc. de biol.*, 22 décembre.) — Recherches statistiques sur l'étiologie du tabes, 225 observations, par Bereni. (*Thèse de Bordeaux.*) — La lésion primitive du tabes, par Nageotte. (*Soc. anat. Paris*, 16 novembre et *Soc. de biol.*, 10 novembre.) — Un cas de tabes au début, par Weil. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVI, 3.) — Lésions du tronc de l'encéphale dans le tabes, par Pacetti. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 3 et 4.) — Contribution à l'anatomie pathologique de l'ataxie locomotrice, par H. Oppenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 octobre.) — De l'ataxie, discussion à la Brit. Assoc. (*Brit. med. j.*, 8 décembre.) — Une forme fruste de tabes révélée par l'examen laryngoscopique, par Kronenberg. (*Soc. laryng. de Berlin*, 12 janvier.) — Pseudo-tabes mercuriel, par Gilbert. — Pseudo-tabes avec atrophie du genou, par Ruhemann. (*Deut. med. Woch.*, 1er novembre.) — Sclérose antéro-latérale, sclérose postérieure, traitement de l'ataxie, par de Forest Willard et Hinsdale. (*Med. News*, 24 novembre.) — Pathogénie du tabes, par E. Jacobson. (*Hosp. Tidende*, II, p. 772.) — Troubles de la sensibilité du globe oculaire et de ses annexes dans l'ataxie locomotrice, par E. Berger. (*Méd. moderne*, 21 novembre.) — Mal perforant buccal dans le tabes, par Letulle. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 juillet.) — Maladie de Charcot avec ulcère perforant du pied chez un tabétique, par Waldo. (*Brit. med. j.*, 1er décembre.) — De l'arthrite déformante dans le tabes et la syringomyélie,

par Klemm. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX,3 et 4.) — Arthropathie tabétique du cou-de-pied droit, tabes syphilitique, par Gaucher. (*Soc. franç. de dermat.*, 15 novembre.) — Traitement du tabes, par Schuster. (*Dermat. Zeit.*, II, 1.) — Compression de la moelle et paraplégie consécutives au développement d'un endothéliome de la dure-mère rachidienne, par Collet. (*Arch. de méd. exp.*, VI, 6.)

**Monstre.** — Deux monstruosités rares, épignathe, syncéphale thoracopage, par Marchand. (*Berl. klin. Woch.*, 27 avril.) — Cas de monstruosités étudiées plus spécialement au point de vue des impressions maternelles, par Barry. (*Med. Record*, 29 décembre.) — Un cas de tératologie : fœtus anencéphale, bec-de-lièvre unilatéral, hémimélie, anomalie de l'œsophage, par Cousin. (*N. Montpellier méd.*, 40, p. 795.) — Du rôle des arrêts de développement de l'amnios et des brides amniotiques dans la production des monstruosités à propos d'un monstre célosomien, par Debierre et Lambret. (*Journ. de l'anat.*, novembre.)

**Morve.** — Transmission de la morve par les voies digestives, par Nocard. (*Rec. de méd. vétér.*, 12.) — Sur un cas de morve humaine, par Langerhans, G. Klemperer et Max Wolff. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 juin.) — Morve et malléine, par Leclainche. (*Méd. moderne*, 16 mai.) — Sur la valeur diagnostique de la malléine et de la tuberculine, par E. Semmer. (*Arch. des sc. biol. St-Pétersbourg*, III, 2.) — Action de la malléine sur le sang et de sa valeur diagnostique, par Prus. (*Œsterr. Zeit. f. wiss. veterin.*, VI, 2 et 3.) — De la valeur pratique de la malléine, par Foth. (*Zeit. f. veterin.*, 8 et 9.) — Essais faits avec la malléine dans la cavalerie russe, par Foth. (*Cent. f. Bakt.*, 26 septembre.)

**Muqueuse.** — Sur le tissu élastique de quelques muqueuses normales et pathologiques, par Ch. Audry. (*Ann. de dermat.*, V, 12.)

**Muscle.** — Sur l'imprégnation chromo-argentique des fibres musculaires striées des mammifères, par Fusari. (*Arch. ital. de biol.*, XXII, 1.) — Sur la structure des fibres musculaires striées, par Fusari (*Ibid.*) — De la coloration spécifique des fibres musculaires lisses, par Unna. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIX, 10.) — Un mot d'histoire sur le muscle élévateur de la glande thyroïde de Sommering ou muscle thyro-glandulaire de Juvara, par Sebileau. (*Soc. anat. Paris*, 14 décembre.) — Localisation du sens musculaire, par Starr et Mc Costh. (*Americ. j. of med. sc.*, novembre.) — Longueur et tension du muscle, par Magnus Blix. (*Skandin. Archiv für Phys.*, V, p. 150 et 206.) — Les ondes de contraction et leur rapport avec la secousse isolée dans les fibres musculaires striées, par A. Rollett. (*Archiv für ges. Physiologie*, LII, p. 201.) — Phénomènes électriques du muscle curarisé après le passage du courant, par Ew. Hering. (*Ibid.*, LVIII, p. 133.) — Le temps du tétanos volontaire chez l'homme, par D. Fraser Harris. (*Journ. of physiol.*, XVII, 5, p. 315.) — Quelques règles fondamentales sur la transformation d'énergie de la contraction musculaire, par Gad. (*Arch. f. Phys.*, p. 387.) — Etude graphique de la contraction musculaire produite par l'étincelle statique, par Bordier. (*Soc. de biol.*, 15 décembre et *Arch. d'élect. méd.*, 15 décembre.) — Des différences fonctionnelles entre le muscle normal et le muscle énervé, par Wedensky. (*Acad. des sc.*, 24 décembre.) — Sur les expériences de Chauveau sur la détermination de la consommation du sucre dans le travail des muscles, par Seegen. (*Cent. f. Phys.*, VIII, p. 417.) — Sur la valeur des différents aliments comme source d'énergie musculaire, par Zuntz. (*Arch. f. Phys.*, p. 541.) — Expériences relatives à l'in-

fluence du jeûne sur la force musculaire, par Manca. (*Giorn. Accad. Medic. di Torino*, n° 2, p. 99.) — Sur la fatigue musculaire dans certains états pathologiques, par Pantanetti. (*Arch. ital. de biol.*, XXII, 1.) — Effets du massage des muscles sur la circulation locale et générale, par L. Brunton et Tunnicliffe. (*Journ. of physiol.*, XVII, 5, p. 364.) — De la fatigue des muscles sous l'influence des poisons nerveux, par Rossi. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 3 et 4.) — Atrophie musculaire limitée à la sphère d'innervation du cubital, par Lamy. (*Soc. anat. Paris*, 12 octobre.) — Atrophie musculaire idiopathique, par Burr. (*Med. News*, 1er décembre.) — Un cas d'amyotrophie Charcot Marie avec autopsie, par Marinesco. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 juillet et *Arch. de méd. exp.*, VI, 6.) — Atrophie traumatique isolée du grand dentelée, par Debedat. (*Arch. d'elect. méd.*, 15 novembre.) — Pseudo-hypertrophie musculaire chez un adulte, par Sacara-Tulbure. (*Rev. de méd.*, novembre.) — Rupture musculaire totale du moyen adducteur, sutures, par Delorme. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 705.)

**Mycétome.** — Cas de mycétome, par Hatch et Childe. (*Lancet*, 1er décembre.)

**Mycosis.** — Aspergillo-mycose du poumon, par Cohn. (*Berl. klin. Woch.*, 22 janvier.) — Traitement de l'onychomycose par la pommade au pyrogallol, par M. Dubreuilh. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 décembre.)

**Myopie.** — De la vision dans la myopie, par Triepel. (*Arch. f. Opht.*, XL, 5.)

**Myxœdème.** — Le myxœdème, diagnostic différentiel avec la néphrite chronique par Starr. (*Med. News*, 15 décembre.) — Du traitement du myxœdème, par Pospelow. (*Monats. f. prakt Dermat.*, XIX, 10.) — Du myxœdème infantile, par Immerwol. (*Méd. infant.*, 15 octobre.) — Myxœdème chez une fillette de 2 ans et demi, traitement par le régime thyroïdien, amélioration, par Comby. (*Ibid.*) — Myxœdème infantile. Traitement thyroïdien, par Lebreton. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 décembre.) — Un nouveau cas de myxœdème guéri par l'alimentation thyroïdienne. Le thyroïdisme dans ses rapports avec la maladie de Basedow et l'hystérie, par Béclère. (*Ibid.*, 12 octobre.) — Myxœdème traité par les thyroïdes de mouton, par Ayres. (*Americ. neurol. Assoc.*, 30 mai.) — Traitement chirurgical des accidents myxœdémateux et crétinoïdes par le thyroéréthisme, par Ravé. (*Thèse de Lyon.*)

## N

**Nævus.** — Sur un nævus lichénoïde en série linéaire, par Hallopeau et Jeanselme. (*Soc. franç. de dermat.*, 15 novembre.) — Nævus pigmentaire, par Palm. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 juillet.) — Enorme nævus molluscoïde du membre supérieur, par Berger. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 610.) — Traitement des nævi vasculaires, par Jonas. (*Med. News*, 17 novembre.)

**Nerf.** — Recherches sur les nerfs du cœur chez la grenouille et les mammi-

fères, par Jacques. (*Journ. de l'anat.*, nov.) — Sur les nerfs électriques de la torpille, par Fuchs. (*Cent. f. Phys.*, VIII, p. 529.) — Le nerf labyrinthique, par Bonnier. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, VII, 6.) — Observations sur les relations centrales des nerfs vague, glosso-pharyngien, spinal et hypoglosse d'après un cas de paralaysie bulbaire, par Turner et Bulloch. (*Brain*, 68.) — Connexions centrales et rapports des nerfs trijumeau, glosso-pharyngien, spinal et hypoglosse, par Turner. (*Journ. of. anat.*, octobre.) — Remarque sur le nerf laryngé moyen d'Exner, par H. Munk. (*Arch. f. Phys.*, p. 192.) — Nerf perçant les parois d'une artère, par Ogle. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Procédés d'excitation mécanique des nerfs, par V. Uexkull. (*Zeit. f. Biol.*, XXXI, p. 148.) — Recherches sur les phénomènes électriques des nerfs, par H. Boruttau. (*Arch. f. die ges. Phys.*, LVIII, p. 1.) — Excitation des nerfs au moyen des décharges du condensateur, par Cybulski et Zametowski. (*Ibid.*, LIX, p. 421.) — De la survie prolongée à l'absence des deux nerfs vagues, par Herzen. (*Soc. des sc. phys. et nat. de Genève*, 13 septembre.) — Les réactions électriques des nerfs sensoriels, par J. Collet. (*Gaz. hebd. Paris*, 13 octobre.) — Sur les effets de l'excitation du bout central du vague après arrachement du spinal, par Biscous et Mouret. (*Soc. de biol.*, 8 décembre.) — Sur l'étiologie et la pathogenèse de la sciatique, par F. Arnstein. (*Medycyna*, novembre.) — Troubles trophiques par lésion du nerf sciatique, par Hausemann. (*Berl. klin. Woch.*, 19 février.) — Polynévrite périphérique très vraisemblablement d'origine palustre, monoplégie persistante du membre supérieur droit, par Brault. (*Progrès médical*, 8 septembre.) — De la polynévrite puerpérale, par Lunz. (*Deut. med. Woch.*, 22 novembre.) — Deux cas d'érythromélalgie chez des aliénés, par Cristiani. (*Riforma med.*, 1er octobre.) — Traitement de l'acro-paresthésie, par Sinkler. (*Med. News*, 18 août.) — Névralgie sous-orbitaire datant de 22 ans, névrectomie sphéno-maxillaire, guérison, par Goris. (*Rev. int. de rhinol.*, IV, 20.) — Traitement hydryatique des névralgies, par Buxbaum. (*Deut. med. Woch.*, 27 décembre.) — Névrite musculo-cutanée, par Mitchell. (*N.-York med. j.*, 24 novembre.) — Névrite multiple et tabes, par Pal. (*Wiener med. Woch.*, 39.) — Un cas de névrite multiple, par Macalester. (*Journ. of nerv. dis.*, novembre.) — Névrite multiple, apparition d'une paralysie faciale unilatérale dans le cours de la maladie, par Eskridge. (*Med. News*, 22 décembre.) — Un cas de névrite simulant l'atrophie musculaire progressive associée avec du nystagmus et de l'exagération des reflexes patellaires, par Moyer. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 27 octobre.) — Lésion trophique de l'amygdale du voile et de la luette compliquant une névrite multiple, par Westbrook. (*N.-York med. j.*, 17 novembre.) — Injections sous-cutanées de strychnine dans 3 cas de névrite périphérique, guérison, par Stodart-Walker. (*Brit. med. j.*, 22 décembre.) — Traitement des névrites périphériques, par Delorme. (*Bull. Ac. méd.* et *Bull. méd.*, 19 décembre.) — Des affections chirurgicales des nerfs périphériques, par Zum Busch. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 2.) — Plaie de la région du poignet, sutures tendineuses et du nerf médian, par Perriol. (*Dauphiné méd.*, 1er octobre.) — Du traitement des névralgies rebelles du nerf sous-orbitaire par l'excision et l'arrachement du bout périphérique, par Vuillard. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas heureux de résection du ganglion de Gasser pour névralgie faciale, par Richardson et Walton. (*Boston med. Journ.*, 1er novembre.) — Résultats éloignés de l'ablation du ganglion de Gasser, par Doyen. (*Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, p. 102; avril.) — 2 cas de résection du trijumeau, par d'Antona. (*Policlinico*, 15 novembre.) — Névrome induré du médian, par Augagneur. (*Lyon méd.*, 4 novembre.) — Des névromes plexiformes, par Picqué. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas de dégénérescence myxomateuse généralisée des nerfs,

par Tartarin. (*Thèse de Paris.*) — Fibro-myxome du nerf médian, par Tuffier et Claude. (*Soc. anat. Paris*, 21 décembre.)

**Nerveux** (**syst.**). — Qu'est-ce qu'un centre nerveux, par Morat. (*Revue scient.*, 24 novembre.) — Ganglions et centres nerveux, par Morat. (*Arch. de phys.*, VII, 1.) — Sur la disposition des fibres nerveuses motrices dans les troncs nerveux fléchisseurs et extenseurs chez la grenouille, par Albanese. (*Arch. f. exper. Path. u. Pharm.*, XXXIV, 5 et 6.) — L'orientation des nucléoles des cellules nerveuses motrices dans le lobe électrique de la torpille à l'état de repos et à l'état d'excitation, par Magini. (*Arch. ital. de biol.*, XXII, 2.) — Action du chlorure de calcium sur l'excitabilité nerveuse avec quelques observations sur l'élimination de la chaux par les urines chez les aliénés et son emploi thérapeutique dans quelques psychopathies, par Stefani. (*Ibid.*, XXII, 2.) — Sur la prétendue action trophique du ganglion cervical inférieur, par Salvioli. (*Ibid.*, XXII, 2.) — Modifications à la méthode de Golgi pour l'étude de quelques particularités de la gaîne médullaire des fibres nerveuses périphériques, par Pellizzi. (*Giorn. Accad. di Medic. Torino*, 2.) — Sur l'inhibition réciproque entre les excitations naturelles et artificielles, par Patrizi. (*Ibid.*, 3, p. 200.) — Modifications histologiques produites dans les cellules nerveuses sympathiques, motrices et sensitives par l'activité fonctionnelle, par Mann. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Quelques manifestations nerveuses rares chez un jeune sujet, par Culver. (*N.-York med. j.*, 3 novembre.) — La nouvelle chirurgie du système nerveux central par d'Antona. (2 vol. in-4°, *Naples.*) — De la suture nerveuse secondaire, par v. Hacker. (*Wiener klin. Woch.*, 18 octobre.) — Suture nerveuse, réponse à Vanlair, par Herzen. (*Rev. scient.*, 22 septembre.) — Le rétablissement fonctionnel dans les nerfs coupés, par Vanlair, réponse à Herzen. (*Ibid.*, 3 novembre.)

**Névrose.** — Étiologie de l'encéphalasthénie, par Althaus. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVI, 3.) — De la neurasthénie traumatique, par Mirallié. (*Tribune méd.*, 15 novembre.) — Du pseudo-tabes neurasthénique, par E. Ausset. (*Gaz. hebd. Paris*, 6 octobre.) — Neurasthénie urinaire, par Casarini. (*Riforma med.*, 1er décembre.) — Ébriété pathologique chez un soldat neurasthénique, par Brancaleone-Ribaudo. (*Morgagni*, septembre.) — Sur un cas de folie du doute chez un sujet neurasthénique; contribution clinique à l'étude des troubles psychiques de la neurasthénie, par E. Arcoleo. (*Ibid.*, juillet.) — De l'hypochondrie, par Mc Cartie. (*Medical Record*, 20 octobre.) — Leucomaines uriques comme facteurs étiologiques de la migraine et autres névroses de ce genre, par Rachford. (*Med. News*, 3 novembre.) — De l'examen de la vision dans les névropathies, par Verrier. (*France méd.*, 28 septembre.) — De la neurasthénie d'origine cardiaque, par Pardon. (*Thèse de Lyon.*) — Neurasthénie, son traitement par les transfusions sous-cutanées, par Ralph Browne. (Broch. 56 p., *Londres.*) — Des névroses traumatiques, par Richter. (*Berl. Klinik*, 74.) — L'akynésie algère, revue, par Ferrari. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 3 et 4.) — Sur un spasme du petit doigt, par Féré. (*Rev. de méd.*, décembre.) — Alcool dans la neurasthénie par Hammond. (*Journ. of nerv. dis.*, novembre.) — Sur le traitement des névroses, par Fiessinger. (*Rev. int. de thérap.*, II, 19.)

**Nez.** — Anatomie du nez chez l'embryon, par Killian. (*Arch. f. Laryng.*, II, 2.) — Des relations qui existent entre le nez et les organes génitaux, par Ficano. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XII, 11.) — Quel trajet suit l'air dans le nez, par Scheff. (66e *réun. des nat. allem. Vienne*, 26 septembre.) — Le rôle des affections nasales dans les maladies infectieuses, par Ziem. (*Rev.*

*int. de rhinol.*, IV, 24.) — Influence de l'occlusion nasale sur l'intelligence, par Kuyk. (*N.-York med. j.*, 15 décembre.) — Un cas d'épistaxis, par Adolf Barth. (*Berl. klin. Woch.*, p. 811, 27 août.) — Traitement de l'épistaxis, par Lermoyez. (*Presse méd.*, 8 décembre.) — Un cas d'éternuments très fréquents chez une enfant de 12 ans, par Feillé. (*Bull. Soc. méd. Angers*, XXII, 2e sem., p. 6.) — Rhinite aiguë spécifique, par Brodie et Rogers. (*South african med. j.*, novembre.) — Pathogénie et traitement des rhinites spasmodiques, rhume des foins, par Lermoyez. (*Presse méd.*, 22 décembre.) — Un cas de rhinite diphtérique chez un nourrisson, par Czemetschka. (*Prager med. Woch.*, 38.) — Étude sur l'étiologie et la pathogénie du coryza caséeux, par Beausoleil. (*Rev. de laryng.*, 15 décembre.) Symptomatologie de la rhinite chronique atrophique, complications auriculaires, par Morf. (*Arch. of otol.*, XXIII, 4.) — Rhinite atrophique, par Tissier. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre.) — Atrophie et pseudo-atrophie de la muqueuse nasale, par Hajek. (66e *réun. des nat. allem. Vienne*, 27 septembre.) — Pathologie et traitement de la rhinite hypertrophique, par Pick. (*N.-York med. j.*, 17 novembre.) — 2 cas de dacryocystite ozéneuse, examen bactériologique, par Cuénod. (*Arch. d'opht.*, XIV, 8.) — Nature et curabilité de l'ozène, par Réthi. (*Arch. f. Laryng.*, II, 2.) — L'ozène, par Abate. (*Arch. ital. di laring.*, XV, 1.) — Ozène vrai, rhinite atrophique fétide, par Avelino Martin. (Broch. in-12, *Barcelone.*) — 2 cas de tuberculose nasale, par Broeckaert. (*Rev. int. de rhinol.*, IV, 20.) — Un cas de tuberculose de la bouche, du sinus maxillaire et du nez, par Neumayer. (*Arch. f. Laryng.*, II, 2.) — Cas de syphilis nasale avec autopsie, par C. Demme. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 août.) — Emploi des vapeurs iodoformées dans le coryza aigu et la bronchite descendante, par Maurel. (*Soc. de thérap.*, 14 novembre.) — Stéarate de zinc contre la rhinite atrophique, par Gibb. (*Med. News*, 8 décembre.) — Une nouvelle application de l'électricité à la rhinologie, trépanation et massage électriques, par Helme. (*Médecine moderne*, 12 décembre.) — Appareil pour le traitement de l'ozène par le massage, par Daae. (*Arch. f. Laryng.*, II, 2.) — Emploi d'électrodes métalliques dans le traitement des affections nasales et rétro-nasales, par Rice. (*N.-York med. j.*, 22 décembre.) — Instrument pour le massage vibratoire de la muqueuse nasale, par Black. (*Ibid.*, 22 décembre.) — Sur les suppurations aiguës de la cloison nasale, par W. Wroblewski. (*Gaz. lek.*, octobre.) — Varices des cornets, par Wingrave. (*Brit. med. j.*, 24 novembre.) — Coryza caséeux, par Mc Bride. (*Ibid.*) — Sur quelques résultats des opérations sanglantes sur la cloison nasale, perforation, par French. (*N.-York med. j.*, 1er décembre.) — Emploi de l'électrolyse dans les déviations de la cloison et les hypertrophies de la muqueuse, par Bresgen. (66e *réun. des natur. allem. Vienne*, 24 septembre.) — De l'électrolyse dans le traitement des déviations de la cloison nasale, par Ballenger. (*Journ. Americ. Med. Ass.*, 10 novembre.) — Occlusion congénitale osseuse de l'arrière-fosse nasale, par Anton. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXVIII, 1 et 2.) — Synostose nasale entre le cornet et la cloison après l'ablation d'un éperon, par Lennox Browne. (*Brit. laryng. Ass.; Journ. of laryng.*, décembre.) — Résultats éloignés des opérations intra-nasales, par Seiss. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.) — Goître exophtalmique et polypes du nez, par Spicer. (*London clin. soc.*, 9 novembre.) — Papillome de la cloison avec ulcère rongeant du nez chez un homme de 82 ans, études des papillomes du nez, par de Santi. (*Lancet*, 8 décembre.) — Des nerfs des polypes du nez, par Kalischer. (*Arch. f. Laryng.*, II, 2.) — Les polypes muqueux (nez, arrière-nez, sinus, par Ripault. (*Gaz. des hôp.*, 1er novembre.) — 2 cas de polypes multiples du nez, par Sheild. (*Practitioner*, décembre.) — Des polypes du nez chez les sujets au-dessous de 16 ans, par Goldstein. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — Polypes

kystiques du nez, par WATSON. (*London med. soc.*, 10 décembre.) — Polypes muqueux des fosses nasales, par GOUGUENHEIM. (*Union médicale*, 11 octobre.) — Rhinite polypoïde, 200 cas d'ablation de l'extrémité postérieure du cornet hypertrophié, par RETHI. (In-8°, 63 p., *Vienne.*) — Tumeur kystique de la partie antérieure des fosses nasales, par ROBERTSON. (*Lancet*, 3 novembre.) — Sarcome de la muqueuse du pharynx nasal chez une fillette de 4 ans, par SCHEINMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 juin.) — Sarcome des fosses nasales, par LACOARRET. (*Ann. policlin. Toulouse*, novembre.) — Syphilis tertiaire du nez chez l'enfant, par LACOARRET. (*Ibid.*, octobre.) — 4 opérations de rhinoplastie avec remarques sur la technique opératoire, par GORIS. (*Rev. int. de rhinol.*, IV, 23.) — Éruption de la dent canine dans la narine, par PEYROT. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 537.) — Les calculs du nez, un produit bactérique, par GERBER. (*Monats. f. Ohren.*, 10.) — Abcès du sinus frontal; névralgie faciale grave due à une nécrose du cornet moyen; céphalées avec lésions du cornet, par COLLIER. (*Brit. lar. Assoc.*, et *Journ. of laryng.*, décembre.) — Calcul nasal, par BARK. (*Ibid.*) — Kyste séromuqueux de la partie antérieure du nez, par MILLIGAN. (*Ibid.*) — Sur les suppurations des cellules ethmoïdales, par BAUMGARTEN. (66e *réun. des natur. allem. Vienne*, 25 septembre.) — Un cas d'empyème des cellules ethmoïdales, par HEYMANN. (*Berl. klin. Woch.*, 14 mai.) — Un cas d'empyème du sinus sphénoïdal, par FLATAU. (*Ibid.*, 20 août.) — Un cas d'empyème aigu du sinus frontal, par WINCKLER. (*Wiener med. Presse*, 26 août. — Tuberculose des sinus frontaux, par KUNZ. (*Medical Record*, 3 novembre.) — Discussion à la Brit. Assoc. sur le diagnostic et le traitement de l'empyème des sinus. (*Brit. med. j.*, 15 décembre.)

**Nutrition.** — Étude comparée de la nutrition chez les femmes enceintes et chez les phtisiques, par TAPRET et LONDE. (*Rev. de la tuberc.*, octobre.) — Sur l'influence du sucre de canne sur l'assimilation de l'azote, de la graisse et sur l'échange des matières chez l'homme sain, par ZIRKOUNENKO et TCHERNIAWSKI. (*Vratch*, 17 novembre.)

## O

**Obésité.** — Des échanges nutritifs dans les cures d'obésité, par NOORDEN et DOPPER (*Berlin. klin. Woch.*, 11 juin.) — *Idem*, par HIRSCHFELD. (*Ibid.*, 2 juillet.)

**Occlusion intestinale.** — Obstruction intestinale par une hernie inguinale gauche incomplètement réduite, laparotomie, par TAYLOR. (*Brit. med. j.*, 15 décembre.) — Occlusion intestinale de date ancienne, laparotomie, guérison, par LAURENT. (*Bull. acad. méd. Belgique*, VIII, 8.) — Deux cas d'invagination du gros intestin par suite de tumeur papillomateuse, réduction après ablation de la tumeur, par BRYANT. (*Med. chir. trans.*, LXXVII, p. 169.) — Volvulus de l'S iliaque; laparotomie; mort, par MARKOE. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er décembre.) — 8 opérations pour occlusion intestinale aiguë, par ROUX. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XIII, 12.) — 11 cas d'occlusion intestinale aiguë, par ROUX. (*Ibid.*, XIV, 5.) — 3 cas d'invagination aiguë traités

par la laparotomie, 1 mort, par Barker. (*Brit. med. j.*, 1er décembre.) — Etude clinique et expérimentale de l'invagination intestinale, par Tietze. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 1.) — Obstruction intestinale au niveau du côlon transverse et du duodénum. Pas de vomissements fécaloïdes. Broncho-pneumonie due au bacille côli, par G. Lemoine. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 novembre.) — Observation de volvulus de l'S iliaque ayant amené la mort au sixième jour sans vomissements fécaloïdes, par Catrin. (*Ibid.*, 26 octobre.) — Variété rare d'étranglement de l'intestin dans une inguinocèle, par C. Lauenstein. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 juillet.) — Occlusion intestinale, laparotomie, par Routier. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 707.) — 2 cas d'étranglement par brides, par Commandeur. (*Arch. prov. de chir.*, III, 12.) — De l'inversion et du taxis dans l'obstruction intestinale, par Sargent. (*Brit. med. j.*, 24 novembre.)—Volvulus de l'intestin consécutif à une paramétrite puerpérale, par J. Lwow. (*Vratch*, 10 novembre.) — Des occlusions intestinales après les laparotomies, par Tuja. (*Thèse de Lyon.*)

**Œdème.** — Des œdèmes sans albuminurie, par Geisler. (*Vratch*, 1.) — Sur la perte d'eau par la peau et la respiration le jour et la nuit dans les œdèmes d'origine diverse, par A. Hjich. (*Vratch*, 15 décembre.) — De l'œdème vaso-moteur des membres inférieurs, par V. Bouchoujeff. (*Vratch*, 6 octobre.) — De l'hydropisie inflammatoire, par S. Talma. (*Zeit f. klin. Med.*, XXVII, 1 et 2.)

**Orbite.** — Abcès de l'orbite par nécrose de l'os inguis et de l'os planum, par Goris. (*Rev. int. de rhinol.*, IV, 20.) — Myopie et configuration de l'orbite, par J. Stilling. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 mai.) — 5 cas de cellulite plastique de l'orbite, par Lawson. (*Opht. Soc. unit. kingdom*, 13 décembre.)

**Œil.** — Traité élémentaire d'ophtalmologie, par Nimier et Despagnet. (In-8°, 952 p., *Paris.*) — Leçon sur l'anatomie et la pathologie de l'œil, par Collins. (*Lancet*, 8 décembre.) — Précis iconographique d'anatomie normale de l'œil, par Rochon-Duvigneaud. (In-8°, 136 p., Paris.) — Les voies de conduction optique chez la grenouille, par R. Wlassak. (*Archiv für Physiologie*, 1893. Suppl., p. 1.) — Le mécanisme de l'accommodation, par W. Schœn. (*Arch. für die ges. Phys.*, LIX, p. 427.) — Nouvelles recherches sur les mouvements des yeux, par Risien Russell. (*Journ. of physiol.*, XVII, 5, p. 378.) — De l'amplitude d'accommodation dans ses rapports avec la réfraction statique, par Seguin. (*Thèse de Bordeaux.*) — Acuité et champ visuel de l'œil restant après énucléation de l'autre, par Collet. (*Thèse de Lyon.*) — Sur les changements optiques de l'œil pendant l'accommodation, recherches, théorie, par Tscherning. (*Arch. de phys.*, VII, 1, p. 158 et 181.) — Influence de la forme sur la sensibilité lumineuse et aberration de l'œil, par Henry. (*Acad. des sc.*, 5 novembre.) — Accommodation et convergence, par Graefe. (*Arch. f. Opht.*, XL, 5.) — Sur une association anormale des mouvements de la paupière supérieure et de l'iris avec ceux du globe oculaire, par R. Katz. (*Vratch*, 17 novembre.) — Des phénomènes optiques dans l'excitation électrique de l'appareil oculaire, par Finkelstein. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVI, 3.) — Détermination quantitative d'une illusion optique, par Klotz. (*Americ. j. of psychol.*, VI, 3.) — Moyen rapide de découvrir chez un diplopique le muscle oculo-moteur paralysé, par Arnaud. (*Gaz. des hôp.*, 25 décembre.) — Etudes ophtalmotonométriques, par Ostwalt. (*Arch. f. Opht.*, XL, 5.) — Sur l'habitude dans les fonctions oculaires, par Z. Kramsztyk. (*Gaz. lek.*, septembre.) — Etude des yeux de 220 élèves des écoles de la ville de Worcester, par Swasen. (*Boston med. Journ.*, 25 oc-

tobre.) — Recherches statistiques sur les causes de la cécité, 43,000 observations, par Vassal. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur l'apparition de troubles visuels dans certaines anomalies d'échanges nutritifs et tout spécialement dans la diathèse urique, par Bergmeister. (*Wiener med. Woch.*, 13 octobre.) — Œil artificiel pour l'étude de l'ophtalmologie, par Olivier. (*N.-York med. j.*, 3 novembre.) — Un appareil pour l'éclairage de l'œil par transparence, par Birnbacher. (*Cent. f. prakt. Augenheilk.*, août.) — Légère contribution à l'auto-ophtalmoscopie, par Proskauer. (*Cent. f. prakt. Augenheilk.*, avril.) — Des affections du grand angle simulant une maladie des voies lacrymales, par Peyroux. (*Thèse de Lyon.*) — Sur l'ophtalmie des nouveau-nés, par Rohmer. (*Ann. d'ocul.*, décembre.) — D'une ophtalmie hépatique; étude du xérosis conjonctival, par Baas. (*Arch. f. Opht.*, XL, 5.) — L'ophtalmie contagieuse des armées. (*Viertelj. f. ger. Med.*, VI, supplément, p. 189.) — Observations historiques au sujet de l'ophtalmie des nouveau-nés, par Hirschberg. (*Cent. f. prakt. Augenheilk.*, février.) — Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés, par Kalt. (*Gaz. des hôp.*, 8 novembre et *Journ. méd. Paris*, 2 decembre.) — Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par Sureau. (*Journ. de clin. infantile*, 1er novembre.) — Panophtalmie puerpérale due à l'embolie septique, par Wood. (*N.-York j. of obst.*, p. 151.) — Le traitement de l'ophtalmie purulente et le pavillon d'isolement des Quinze-Vingts, par Abadie. (*Progrès médical*, 22 décembre.) — Contribution à la connaissance de la nature et du siège de la migraine ophtalmique, par August Siegrist. (*Bâle.*) — Des scotomes centraux dans les lésions du nerf optique, par Sachs. (*Arch. of opht.*, XXIII, 4.) — Paralysie essentielle et transitoire de la convergence, par Grandclément. (*Lyon méd.*, 18 novembre.) — De la neuromyélite optique aiguë, par Gault. (*Thèse de Lyon.*) — De la névrite optique avec stase chez les sujets jeunes, par Hennart. (*Bull. méd. Nord.*, 9 novembre.) — Paralysie double complète et isolée de l'accommodation au cours d'un pneumothorax traumatique, par Haltenhoff. (*Revue méd. Suisse romande*, XIV, 5, p. 334.) — Double ophtalmoplégie externe suivie de guérison, par A. Hoche. (*Berlin klin. Woch*, 27 août.) — Paralysie traumatique du nerf moteur externe, par Purtscher. (*Arch. of opht.*, XXIII, 4.) — *Idem*, par Friedenwald (*Ibid.*) — Un cas de diplopie monoculaire à travers une pupille double, par Hirschberg. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, décembre.) — Un cas de dilatation pupillaire, dû, à droite, à une action réflexe, à gauche, sans cause connue, par Schwarz. (*Ibid.*, décembre.) — Un cas de colobome atypique du fond de l'œil, par Beckmann. (*Ibid.*, mars.) — Contribution à l'étude du colobome du nerf optique, par Muller-Kannberg. (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, juin.) — Sur l'amblyopie toxique, par Lydston. (*Journ. Americ. Med. Ass.*, 20 octobre.) — Amblyopie due au dinitrobenzol, par Pockley. (*Austral. med. Gaz.*, XIII, 10.) — L'exentération ou éviscération du globe oculaire, par Elisabeth Wolkomitsch. (*Bâle.*) — Sur le traitement de la sécheresse oculaire, par Andogski. (*Vratch*, 27 octobre.) — Du formol en thérapeutique oculaire, par Olivier. (*Thèse de Bordeaux.*) — Le formol en ophtalmologie, par Guaita. (*Lo Sperimentale*, XLVIII, 33.) — Discussion sur le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés. (*Soc. d'opht. Paris*, 4 décembre.) — Nouvelle pince à fixation pour les opérations oculaires, par Dujardin. (*Ann. d'ocul.*, décembre.) — De l'emploi des antiseptiques, des caustiques et des couleurs d'aniline en thérapeutique oculaire, par Armaignac. (*Journ. méd.*, *Bordeaux*, 4 novembre.) — Un cas d'actinomycose de l'œil, par Huth. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, 8 avril.) — Tumeur épibulbaire ayant pénétré dans le globule oculaire, par Lagrange. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 novembre.)

**Œsophage.** — Vice de conformation de l'œsophage, par Brentano. (*Soc. anat.*

*Paris*, 12 octobre.) — De la dysphagie, par Ripault. (*Gaz. méd. Paris*, 29 septembre.) — Sur les varices de l'œsophage, par Paul Friedrich. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIII, p. 487.) — De la mort subite dans les dilatations congénitales de l'œsophage, par Faure. (*Thèse de Paris.*) — De l'œsophagotomie externe pour corps étranger, un cas, par Frœlich. (*Arch. prov. de chir.*, III, 11.) — Œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage, par Chavier. (*Ibid.*, IV, 2.) — Rétrécissement simple de l'œsophage, œsophagectomie, par Franks. (*Brit. med. j.*, 3 novembre.) — Dilatation des rétrécissements de l'œsophage, par Suchannek. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Traitement des rétrécissements de l'œsophage par le cathétérisme rétrograde après gastrostomie temporaire et œsophagostomie, par v. Hacker. (*Wiener klin. Woch.*, 25.) — Gastrostomie et cathétérisme rétrograde pour rétrécissement traumatique de l'œsophage, par Moullin. (*Lancet*, 15 décembre.) — Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage, par Routier. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 518.) — Sur un rhabdomyome de l'œsophage, par Hanau. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XV, p. 491.) — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par Ramond. (*Soc. anat. Paris*, 19 octobre.) — Cancer de l'œsophage, dégénérescence du foie; fibrome de l'oreillette droite, par Dutournier. (*Ibid.*, 7 décembre.) — Canule pour fistule d'œsophagotomie, par Albers. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 mai).

**Oreille.** — Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille, par Courtade. (340 p., *Paris.*) — Hygiène de l'oreille chez l'enfant, par Tomka. (*Int. klin. Rundschau*, 38.) — Maladies de l'oreille, par Sheild. (*Londres.*) — L'oreille, anatomie pathologique, par Steinbrugge, traduit par Rattel. (In-16, *Paris.*) — Les vaisseaux sanguins du labyrinthe de l'oreille humaine, par F. Siebenmann. (*Wiesbaden.*) — Sur le développement du conduit auditif externe, par Mayet. (*Soc. anat. Paris*, 21 décembre.) — Anomalies multiples de l'oreille, par Steinbrugge. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 14, p. 450, 15 juillet et *Berlin klin. Woch.*, 32, p. 149, 6 août.) — Cécité acoustique et éducation de l'oreille, par Mount Bleyer. (*Rev. int. de rhin.*, IV, 22.) — De l'influence des exercices acoustiques méthodiques sur le sens de l'ouïe, par Urbantschitsch. (*Wiener med. Presse*, 21 octobre.) — Utilité des exercices de l'ouïe chez les sourds-muets, par Benedikt. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juillet.) — Audition pour la parole et pour les bruits, mesure avec l'appareil de Gradenigo, par Zwaardemaker. (*Arch. of otol.*, XXIII, 4.) — De l'audition double, par Daae. (*Ibid.*, XXIII, 4.) — De la diplacousie mono-auriculaire, par Gradenigo. (*Ibid.*, XXIII, 4.) — Champ auditif et acuité auditive, par Gradenigo. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXVI, 2 et 3.) — D'une meilleure appréciation de l'épreuve de Rinne, la différence aéro-osseuse, par Dundas Grant. (*Brit. med. j.*, 24 novembre.) — Nouveaux instruments pour l'oreille et le nez, par Delstanche. (*Arch. ital. di otol.*, III, 1.) — Vertige auditif par le travail dans l'air comprimé, par Curnow. (*Lancet*, 10 novembre.) — Du traitement des affections des trompes d'Eustache, par Burkner. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er juillet.) — De l'appréciation de l'hyperostose du rocher, par Haug. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXVII, 3.) — De la constriction des mâchoires consécutive aux lésions de l'oreille, par Ferreri. (*Arch. ital. di otol.*, III, 1.) — Tuberculose de l'oreille moyenne, par L. Guranovski. (*Medycyna*, septembre.) — Otite moyenne tuberculeuse; recherches sur la tuberculose de l'oreille moyenne, par Guranovski. (*Monats. f. Ohrenh.*, décembre.) — Influence des bains de mer sur l'oreille, par Lichtenberg. (*Pester med. chir. Presse*, 31.) — Le massage auriculaire, sa valeur dans le traitement des maladies de l'oreille, par Turnbull. (*Med. News*, 1er décembre.) — L'otite moyenne

des nourrissons, par Hartmann. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 14, p. 449, 15 juillet et *Berlin. klin. Woch.*, 31, p. 125, 30 juillet.) — De l'otite suppurée moyenne chez les nourrissons, par Kossel. (*Charité Annalen*, XVIII.) — Quelques cas d'otite moyenne suppurée suite de tamponnement nasal postérieur; des meilleurs moyens de remplacer le tamponnement, par Galetti. (*Arch. ital. di otol.*, III, 1.) — Double otite externe pseudomembraneuse à la suite d'instillations de créosote sur les conduits auditifs, par Rohrer. (*Corresp.-Bl. f. schweizer Aerzte*, 1er juin.) — Otite moyenne suppurée chronique avec paralysie faciale, séquestre du conduit, par Burnett. (*Med. News*, 24 novembre.) — 3 cas de mastoïdite suppurée; observations cliniques, par B. Filippi. (*Morgagni*, juillet.) — Etude bactériologique de l'otite moyenne purulente chronique, par Stern. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXVI, 1.) — Diagnostic et traitement des formations cholestéatomateuses dans l'otite moyenne suppurée chronique, par Scheibe. (*Ibid.*) — Des complications des otites, par Schubert. (*Monats. f. Ohrenh.*, 11.) — Opération d'abcès cérébral, suite d'otite, par Knapp. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXVI, 1.) — De la voie préauriculaire dans les interventions sur le conduit auditif et le rocher, par Saint-Martin. (*Thèse de Lyon.*) — De la méningite séreuse, suite d'otites chroniques, par Levi. (*Thèse de Fribourg.*) — Discussion à la British Association sur l'otite moyenne chronique non suppurée avec tympan intact. (*Brit. med. j.*, 24 novembre.) — Les soins de l'oreille dans le cours des exanthèmes, par Downie. (*Ibid.*). — Du traitement des suppurations mastoïdiennes, par Laricq. (*Thèse de Paris.*) — Abcès cérébelleux, suite d'otite, opération, guérison, par Winter et Deanesly. (*Lancet*, 8 décembre.) — Histoire et technique de l'ouverture chirurgicale des cavités de l'oreille moyenne, par Zaufal. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXVII, 1 et 2.) — Otite moyenne chronique purulente gauche, abcès cérébelleux latent, mort, par Heiman. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Double abcès mastoïdien avec thrombose du sinus latéral gauche, opération, guérison, par Walker. (*Leeds and West riding med. Soc.*, 2 novembre.) — Méningite purulente et hydrocéphalie aiguë, suite d'otite moyenne suppurée, suspicion d'abcès cérébral, trépanation, mort, par Corradi. (*Arch. ital. di otol.*, III, 1.) — Les mastoïdites, suite de grippe, par Shimer. (*University med. Magazine*, VI, 2.) — Myringite aiguë suite de grippe, par Palazzolo. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, 1.) — De la pyohémie otitique, par Hessler. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXVIII, 1 et 2.) — L'excision du marteau comme opération préliminaire à l'ouverture de l'antre dans les cas de suppuration de l'attique et des cellules mastoïdiennes, par Barr. (*Brit. med. j.*, 24 novembre.) — L'excision des osselets dans l'otite suppurée moyenne, par Milligan. (*Ibid.*) — Les affections du cerveau, des méninges et des sinus de la dure-mère dues aux otites, par O. Korner. (*Francfort-sur-Mein.*) — Antrectomie pour suppuration chronique de l'oreille moyenne, 9 cas, par Pye Smith. (*Sheffield med. chir. Soc.*, 8 novembre.) — Opération des abcès mastoïdiens aigus et des affections chroniques de la cavité mastoïdienne, par Witzel et Walb. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 juillet.) — De la conduite thérapeutique à tenir dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par Walb. (*Ibid.*) — 2 cas d'opérations chirurgicales sur le cerveau pour affections auriculaires, par Joel. (*Ibid.*) — Pachyméningite externe consécutive à une otite grippale, guérie par trépanation, par Guye. (*Ibid.*) — Contribution à l'étude des abcès intra-crâniens d'origine otique, par Pollak. (*Wiener med. Presse*, 2 décembre.) — Médecine opératoire de l'oreille moyenne et nouveaux instruments, par de Rossi. (*Arch. ital. di otol.*, III, 1.) — Nécrose du labyrinthe, élimination spontanée, par Botey. (*Rev. de ciencias med.*, *Barcelone*, 10 décembre.) — Affection primitive de la capsule labyrinthique osseuse, par Politzer. (*Arch. of otol.*, XXIII, 4.) —

4 cas de labyrinthite traités par les injections de pilocarpine, par Baron. (*Brit. med. j.*, 1er décembre.) — Nécrose du labyrinthe osseux, par Herhold. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 juin.) — La sclérose auriculaire considérée comme une affection syphylitique au cours de la syphilis héréditaire tardive, par Gradenigo. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Ablation des osselets dans la surdité chronique, par Leflebower. (*Mississipi Valley med. Ass.*, 23 novembre.) — De la carie aiguë et de la nécrose du rocher après la grippe, par Lemcke. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, juillet.) — De la ténotomie antérieure et de la mobilisation et extraction de l'étrier, par Kessel. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 14, p. 450, 15 juillet, et *Berlin. klin. Woch.*, 32, p. 749, 6 août 1894.) — Elimination par la gorge d'une balle de revolver ayant traversé l'oreille et le rocher, par Quénu. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 597.) — Etat du tympan dans quelques blessures de la tête, par Thomas. (*Brit. med. j.*, 3 novembre.) — Plaie de l'oreille par arme à feu, par Ladreit de la Charrière et Polaillon. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.) — Du cholestéatome auriculaire, par Benno Baginsky. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 juin.) — Traitement du choléstéatome du rocher par un orifice rétro-auriculaire persistant, par Reinhard. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er juillet.) — Prothèse tympanique dans les perforations du tympan, par Blobaum. (*Deut. med. Zeit.*, 23 octobre.) — 2 cas de déchirure du tympan simulant une fracture de la base du crâne, par Bousquet. (*Ann. clin. Bordeaux*, décembre.) — De l'apoplexie des polypes de l'oreille, par A. Courtade. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre.) — Acuité de l'ouïe dans 2 cas d'atrésie congénitale des deux conduits auditifs avec pavillons rudimentaires, par Bezold. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 413, 1er juillet.) — Atrésie du conduit auditif chez une jeune fille par vésicatoire à demeure, par Kuhn. (*Ibid.*) — Myxosarcome de la caisse du tympan chez un garçon de 1 an; opérations réitérées, mort dans le marasme, par Kuhn. (*Ibid.*) — De l'autoplastie du conduit auditif, par Kœrner. (*Ibid.*) — Procédé d'autoplastie du conduit auditif, par Jansen. (*Ibid.*) — Otoplastie dans les malformations congénitales du pavillon, par Burger. (*Rev. int. de rhinol.*, IV, 21.)

**Oreillon.** — Néphrite ourlienne, mort, par Le Roy. (*France méd.*, 23 novembre.) — Oreillons suppurés chez une femme, par Picot. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 5, p. 334.)

**Orthopédie.** — Manuel de chirurgie orthopédique, par Young. (In-8°, 436 p. *Philadelphie.*) — De l'influence de la bactériologie et de la pathologie moderne sur l'orthopédie, par Phelps. (*American Medico Surg. Bulletin*, novembre.)

**Os.** — L'anatomie du calcanéum, par Morestin. (*Soc. anat. Paris*, 26 octobre.)— Scaphoïde s'articulant par de larges facettes avec le cuboïde et le calcanéum, par Morestin. (*Ibid.*, 9 novembre.) — Architecture du calcanéum au point de vue des fractures de cet os, par Morestin. (*Ibid.*) — Acromion formant un os isolé réuni au reste de l'épine par une articulation, par Morestin. (*Ibid.*, 19 octobre.) — Biologie des os en voie d'accroissement, par Helferich. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 juin.) — Influence de l'augmentation de la masse sanguine sur le pouvoir hématopoiétique de la moelle des os, par Rebustello. (*Arch. per le sc. med.*, XVIII, 3 et *Arch. ital. de biol.*, XXII, 1.) — Troubles de l'accroissement des os du membre inférieur dans la tuberculose du genou, par Lavrière. (*Méd. infant.*, 15 octobre.) — De la transformation des os, remarques sur l'orthopédie, par Lorenz. (*Klin. Zeit. und Streitfagen*, VII, 3.) — Contribution à l'étude de la régénération osseuse, par

Cricke et Van Engelen. (*Ann. soc. sc. méd. et nat. Bruxelles*, III.) — Absence congénitale de la diaphyse fémorale, par Grisson. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 1.) — De la pathogénie de la périostite albumineuse ou séreuse et d'un nouvel agent pathogène de cette affection, par Bar. (*Thèse de Lyon.*) — De la périostite albumineuse, des hyperostoses et des exostoses infectieuses, par Dor. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 1.) — Ostéopériostite aiguë du fémur liquide huileux médullaire dans les abcès sous-périostiques consécutifs, par Battle. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XXII, p. 27.) — Ostéomyélite multiple prolongée, par Netter. (*Soc. méd. des hôp.*, 18 mai.) — Ostéomyélite de la 5e côte, résection, par Braquehaye. (*Soc. anat. Paris*, 19 octobre.) — Formes et symptômes de l'ostéomyélite costale, par Braquehaye. (*Presse méd.*, 10 novembre.) — Diagnostic et traitement de l'ostéomyélite costale, par Braquehaye. (*Ibid.*, 8 décembre.) — Ostéomyélite aiguë; péricardite purulente, par Lafarelle. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 décembre.) — Un cas d'ostéomyélite aiguë du sternum, par Gandier. (*Union médicale*, 16 octobre.) — Sur un cas d'ostéomyélite des adolescents à terminaison foudroyante par melœna; aperçus sur l'infection staphylococcienne et ses manifestations hémorragiques, par Molle. (*Thèse de Lyon.*) — Ostéomyélite prolongée, remontant à l'âge de 9 ans, chez un homme de 28 ans, ayant amené l'ankylose complète des articulations péronéo-tibiales inférieures, tibio-tarsienne et tarsienne, à l'exception de l'articulation du 1er métatarsien avec le grand cunéiforme, par Picou. (*Soc. anat. Paris*, 14 décembre.) — L'ostéite à forme névralgique de Gosselin est une forme d'ostéomyélite infectieuse, par Bloch. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVI, 25.) — De la valeur de la fissure des os dans les traumatismes, par Baehr. (*Cent. f. Chir.*, 3 novembre.) — Disjonction de l'épiphyse inférieure du fémur, gangrène, amputation, pyohémie, mort, par Clutton. (*Saint-Thomas's hosp. Rep.*, XXIII, p. 13.) — Disjonction traumatique de la partie supérieure du fémur dans le jeune âge, par Battle. (*Ibid.*) — Traitement des lésions de l'extrémité inférieure de l'humérus, par Hutchinson. — *Idem*, par Landerer. (*Brit. med. j.*, 3 novembre.) — Exostose ostéogénique du frontal, par Reclus. (*Presse méd.*, 1er décembre.) — Des exostoses sous-unguéales, structure et pathogénie, par Miramond. (*Thèse de Lyon.*) — De la nécrose sèche des os, par Leser. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 mai.) — De la déviation du col du fémur, ou coxa vara, par Hofmeister. (*Ibid.*, 28 mai.) — Sarcome du calcanéum, par Peters. (*Cent. f. Chir.*, 17 novembre.) — L'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique est-elle une maladie *sui generis*, par Stembo. (*St-Petersb. med. Woch.*, 29 octobre.) — Des rapports réciproques des substances azotées de l'urine dans l'ostéomalacie, par M. Beck. (*Prager med. Woch.*, 42.) — De la castration dans l'ostéomalacie, par Kleinwaechter. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXI, 1.)

**Ovaire.** — Disposition et terminaison des nerfs dans l'ovaire, par Mandl. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 2.) — Étude histologique comparée de l'ovaire, par Foerster. (*Americ. j. of obst.*, novembre.) — La tuberculose de l'ovaire, par Guillemain. (*Rev. de chir.*, décembre.) — Ovarite double douloureuse avec métrite du col. Hystérectomie vaginale, guérison, par Sorel. (*Union médicale*, 25 septembre.) — Absence d'ovaire gauche, de la majeure partie de la trompe et du ligament large chez une enfant de 1 an, par Marchand. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 814, 27 août.) — Deux cas de fibromes purs de l'ovaire, par Postempski. (*Riforma med.*, 20 août.) — Des kystes du corps jaune, par E. Fraenkel. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 1.) — Kyste ovarique, par Fortin. (*Normandie méd.*, 1er décembre.) — Un cas de maladie fibrokystique des deux ovaires; extirpation totale et hystérectomie; guérison, par Hogner. (*Boston med. Journal*, 15 novembre.) — Laparotomie

pour kyste ovarique multiloculaire avec hydropisie des deux trompes chez une vierge, par Ahlfeld. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 723, 30 juillet.) — Diagnostic des kystes de l'ovaire, par Guinard. (*Union médicale*, 29 novembre.) — Tumeurs malignes de l'ovaire, par Homer Gage. (*Journal Americ. med. Ass.*, 8 décembre.) — Des métastases des kystes ovariens cancéreux, par Landerer. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXI, 1.) — De l'ovariotomie, par Robson. (*Brit. med. j.*, 3 novembre.) — Nouveau procédé de traitement du pédicule des kystes de l'ovaire, par Pollosson. (*Cong. de chir.*, *Bull. méd.* 21 octobre.) — Salpingo-ovarotrypsie, par Condamin. (*Ibid.*, 21 octobre.) — De l'ovariotomie double, par E. Monod. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er novembre.) — Ovariotomie pratiquée deux fois chez la même malade, 2 cas, par Doran. (*Lancet*, 15 décembre.) — Sur une complication rare de l'ovariotomie, par Fraisse. (*Ann. de méd.*, 21 novembre.)

## P

**Palais.** — Luette de dimensions anormales (plus de 5 centimètres), par Langerhans. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 juin.) — Perforation du voile du palais dans la scarlatine, par Goodall. (*London path. Soc.*, 6 novembre.) — Perte de substance du pilier antérieur droit du voile du palais, par Lapalle. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 novembre.) — Fibrome inséré à la limite des deux palais, par Lublinski. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 août.) — Chondrome du voile du palais, par Quénu. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 648.) — Tumeur myxo-enchondromateuse et glandulaire du voile du palais, par Shattock. (*London path. Soc.*, 18 décembre.) — Orthophonie méthodique consécutive aux staphylorraphies, par Chervin. (*Journ. de clin. infant.*, 25 octobre.) — La staphylorraphie facile, par Félizet. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 685.)— Opération des divisions de la voûte et du voile, par Davies-Colley. (*Med. chir. Trans.*, LXXVII, p. 237.) — Des hémorragies secondaires graves après l'opération des fissures du palais, par Power. (*Brit. med. j.*, 24 novembre.)

**Paludisme.** — Carte malariale, par Manson. (*Brit. med. j.*, 1er décembre.) — Sur l'hématozoaire de la fièvre paludique, par Ozzard. (*Brit. guiana med. Annals*, p. 167.) — Infection malarienne, par Schirman. (*Medical Record*, 3 novembre.) — De quelques altérations des capillaires dans le paludisme aigu, par Nepveu. (*Marseille méd.*, 15 novembre.) — Un cas de cirrhose palustre, par Leclerc et Dide. (*Soc. anat. Paris*, 19 septembre.) — Sur 4 cas d'hypermégalie hépatique et splénique d'origine palustre, par Bouly de Lesdain. (*Thèse de Paris.*) — De la fonction urinaire dans la fièvre tierce, par Limbeck. (*Wiener med. Woch.*, 8 décembre.) — De l'emploi dans les colonies du lait concentré et du sulfate de quinine comme traitement préventif, par Lemanski. (*Bull. de thérap.*, 30 décembre.) — La température comme guide de l'administration de la quinine dans la malaria, par Williams. (*Boston med. Journ.*, 15 novembre.) — L'action de l'hydrothérapie dans la malaria, par Strasser. (*Deut. med. Woch.*, 8 novembre.)

**Panaris** — De la paréso-analgésie (maladie de Morvan) à l'état fruste, par Morvan. (*Gaz. hebd. Paris*, 22 septembre.)

**Pancréas.** — Sur quelques détails de structure du pancréas, par Laguesse. (*Soc. de biol.*, 27 octobre.) — Structure et développement du pancréas d'après des travaux récents, par Laguesse. (*Journ. de l'anat.*, septembre.) — Note bibliographique sur les nerfs sécrétoires du pancréas, par Pavlow. (*Arch. des sc. biol. St-Pétersbourg*, III, 2.) — Tissu lymphoïde du pancréas et cellule centro-acineuse. Des modifications subies par la cellule pancréatique pendant la sécrétion, par Mouret. (*Soc. de biol.*, 24 novembre.) — Pancréatite hémorragique aiguë, par Kraft. (*Hosp. Tidende*, II, p. 805.) — Hémorragie et nécrose du pancréas, nécrose graisseuse, par Caspersohn. (*Cent. f. Chir.*, 24 novembre.) — Diagnostic du cancer du pancréas, par v. Engel. (*Prager med. Woch.*, 29 novembre.) — Cancer primitif du pancréas, homme de 28 ans, généralisation au foie, par de Massary. (*Soc. anat. Paris*, 30 novembre.) — Etude sur le développement du cancer pancréatique, par E. Olivier. (*Beiträge z. path. Anat.*, XV, p. 351.) — Sarcome de la queue du pancréas, par Blind. (*Société anatomique Paris*, 21 décembre.)

**Pansement.** — Du pansement, par Forgue. (*Nouv. Montpellier méd.*, 5 janvier 1895.) — Recherches expérimentales sur le pansement des plaies infectées, par Messner. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 mai.) — Des soins à donner aux blessés des grandes villes, par Terrier. (*Progrès méd.*, 17 novembre, et *Tribune méd.*, 28 novembre.) — Développement des méthodes modernes de traitement des plaies, par Cheyne. (*Lancet*, 17 nov.)—Pansements stérilisés et eau stérilisée, par White. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XXII, p. 51.)—Préparation du catgut chirurgical, par Booth. (*Therap. Gaz.*, 15 décembre.) — Méthode nouvelle pour la stérilisation des catguts, de la soie, des crins avec procédé pratique pour contrôler l'état d'asepsie de ces divers matériaux, par Répin. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 506.) — Appareil pour la stérilisation des instruments, par Forgue. (*Ibid.*, XX, p. 523.) — L'europhène en chirurgie, par de Buck et Walton. (*Morgagni*, novembre.)

**Papillome.** — Un cas d'inoculation expérimentale des verrues de l'enfant à l'homme, par Variot. (*Journ. de clin. infant.*, 21 juin.)

**Paralysie.** — Epidémie de paralysie chez des enfants, 120 cas, par Macphail. (*Med. News*, 8 décembre.)—Luxation de l'épaule dans les paralysies infantiles, par Remak. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 décembre 1893.) — De l'arthrodèse dans les paralysies spinales infantiles, par Karasiewicz. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — Des paralysies aiguës, par Jolly. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 mars.) — De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile, par Leblais. (*Thèse de Paris.*) — Le facies dans la paralysie glosso-labio-laryngée, par Meige. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, VII, 6.) — Paralysie labio-glosso-laryngée. Début par l'atrophie du membre supérieur gauche, par Hirtz. (*Soc. méd. des hôp.*, 30 novembre.) — Sur un cas de paralysie alterne due à une tumeur gliomateuse bulbo-protubérantielle, par Marion. (*Mercredi méd.*, 28 novembre.) — Paralysies ascendantes à rétrocession, infection streptococcique atténuée ayant pour point de départ des abcès cutanés des extrémités inférieures, par Brault. (*Ann. de dermat.*, V, 12, p. 1383.) — Hémiparésie totale et hémianesthésie sensorielle avec parésie faciale du côté opposé, par Montesano. (*Soc. lancisiana osp. Roma*, 22 décembre.) — Deux cas de syndrome de Weber, par Souques et Londe. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, VII, 6.) — Paralysie pseudo-hypertrophique chez un vieillard, par Destarac. (*Cong. de méd. Lyon*, octobre.) — Appareil correcteur pour la paralysie du trapèze, par Gaupp. (*Cent. f. Chir.*, 15 décembre.) — Sur un cas de paralysie cubitale après dothiénentérie, par Wolf. (*Wiener med. Presse*, 11 novembre.)

**Paralysie générale.** — Travaux récents sur la paralysie générale, revue par Selvatico-Estense. (*Riv. sper. di freniat.*, XX, 3 et 4.) — Etude de l'urine dans la paralysie générale, par Klippel et Serveaux. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — Paralysie générale d'origine puerpérale, par Cristiani. (*Riforma med.*, 17 septembre.) — Pathogénie des attaques épileptiformes dans la paralysie générale, par Legrain. (*Soc. méd. psych.*, 26 novembre.) — Effets des suppurations abondantes et prolongées dans la paralysie générale et leurs applications thérapeutiques, par A. Marro et A. Ruata. (*Giorn. d. R. Accad. di med. di Torino*, n° 6, 7 et 8, p. 381.)

**Parole.** — Etudes sur le son des voyelles, par H. Pipping. (*Zeit. für Biol.*, XXXI, p. 524.) — Sur les troubles du langage, par W. Oltuszewski. (*Medycyna*, septembre-octobre.)

**Parotide.** — Epithélioma de la glande parotide accessoire, par Villar. (*Soc. anat. Paris*, 2 novembre.)

**Paupière.** — Etiologie du coloboma congénital des paupières, par Krischewsky. (*Verh. phys. med. Ges. Würzburg*, XXVIII, 5.) — Mouvements de la paupière supérieure existant en même temps qu'un coloboma du nerf optique, par Hillemans. (*Klin. Monatsbl. f. Augenkeilk.*, décembre.) — Traitement de l'entropion et de l'ectropion, par Kuhn. (*Méd. mod.*, 5 décembre.) — Tumeurs bénignes et malignes des paupières, par Valude. (*Union méd.*, 4 octobre.) — Epithéliome calcifié de la paupière supérieure gauche, par Braquehaye et Sourdille. (*Soc. anat. Paris*, 27 octobre.)

**Peau.** — Révélation de l'hyaline dans l'épiderme, par Unna. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIX, 12.) — Kollagène basophile, kollastine et kollacine, par Unna. (*Ibid.*, XIX, 9.) — Kératohyaline, par Unna. (*Ibid.*, XX, 2.) — Atrophie et régénération des fibres élastiques de la peau, par Passarge et Krœsing. (*Ibid.*, Erganzungsheft, 1.) — Etude de l'éléidine dans la peau normale et pathologique, par M. Dreysel et P. Oppler. (*Arch. f. Dermat.* XXX, 1.) — Le pigment cutané, par Audry. (*Gaz. hebd. Paris*, 8 décembre.) — Fonction du système des canaux sous-cutanés chez les sélaciens, par P. Fuchs. (*Arch. für die ges. Phys.*, LIX, p. 454.) — Le froid comme facteur étiologique des maladies de la peau, par Corlett. (*Journ. of cutan. dis.*, novembre.) — Considérations sur les maladies de la peau, par Leviseur. (*Med. Record*, 29 décembre.) — Des bases du diagnostic dans les maladies de la peau, par Du Castel. (*Méd. moderne*, 19 mai.) — Dermatite herpétiforme, par Du Castel. (*Union méd.*, 2 octobre.) — Dermatite herpétiforme, par Rosenthal. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 juillet.) — Dermatite hérpétiforme de Duhring sur une fille de 5 ans, par Audry. (*Ann. de derm.*, V, 12, p. 1380.) — Des dermatites exfoliatrices généralisées, par Oro. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXIX, 3.) — Dermatite artificielle tardive, par Quincke. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIII, p. 199.) — Un cas de lésion de la peau, papulo-ulcérative, folliculaire, hyphomycétique, maladie non décrite, par Duhring et Harzell. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XX, 3.) — Etude histologique sur la maladie de peau épidémique de Savill, par Echeverria. (*Ibid.*, XIX, 9.) — De la porokératose, par Mibelli. (*Giorn ital. mal. vener.*, XXIX, 3.) — Kératodermie symétrique des extrémités, congénitale et héréditaire, par Bassaget. (*Ann. de dermat.*, V, 12, p. 1356.) — Des dermatonévroses et de leur traitement, par Leloir. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 2.) — Epidermolysis paroxysmatica, par Stühlen. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIII, p. 203.) — Un cas d'acanthosis nigricans, par Malcolm Morris. (*Med.*

*chir. Trans.*, LXXVII, p. 305.) — Un nouveau parasite de la peau, tetramitus Nitschei, par NITSCHE et WELTNER. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 1.) — Rosacéa, causes et traitement, par ALGER. (*N.-York med. j.*, 10 novembre.)— Développement tardif d'un épithélioma pavimenteux lobulé dans la peau qui entoure une corne cutanée du front, par MOUCHET. (*Soc. anat. Paris*, 30 novembre.) — De quelques transplantations de tissu du sarcome primitif idiopathique de la peau sur des parties atteintes de lésions sarcomateuses par C. MAGLIANO. (*Morgagni*, mai.) — Sarcomes ou cancers pigmentés de la peau, par G. LEWIN. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 juillet.) — Traitement de l'épithélioma de la peau, par HARTZELL. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.) — Thermophore électrique pour le réchauffement de la surface cutanée, par SALAGHI. (*Riv. clin. e terapeutica*, n° 3, p. 130.) — Traitement de quelques dermatoses par la méthode ignée, par BAGARRY. (*Thèse de Paris.*) — Emploi de la belladone dans certaines maladies de la peau, par DUNBAR. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.)

**Pemphigus.** — Pemphigus vrai de Besnier, par DU CASTEL. (*Union méd.*, 11 août.) — Des éruptions bulleuses de la peau, à propos d'un cas de pemphigus foliacé, par H. IMMERMANN. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 juillet.) — Pemphigus des nouveau-nés, par BEHNCKE. (*Hosp. Tidende*, I, p. 503.) — Sur un phénomène clinique, non décrit, dans le cours du pemphigus foliacé de Cazenave, par STOUKOVENKOFF. (*Ann. de dermat.*, V, 12, p. 1387.) —Etiologie du pemphigus vulgaire, par DU MESNIL DE ROCHEMONT. (*Arch. f. Dermat.*, XXX, 2.)

**Périnée.** — Opération d'une rupture totale du périnée pendant la grossesse, par STEFFANN. (*Cent. f. Gynaek.*, 3 novembre.) — Périnéorraphie; procédé de Tait, par JACOBS. (*La policl. Bruxelles*, 15 octobre.) — De la périnéorraphie, par le procédé de Lawson Tait, par VEDEL. (*N. Montpellier méd.*, 38 et 39.)

**Péritoine.** — Sur l'action curative de l'insufflation d'air dans le péritoine tuberculeux, par FOLET. (*Rev. de chir.*, décembre) — Péritonite suite de perforation intestinale, par JULLIEN. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 763.) — Péritonite suppurée diffuse consécutive à une appendicite perforante, laparotomie, guérison, par BERGER. (*Ibid.*, XX, p. 625.) — Deux cas de péritonite suppurée diffuse, laparotomie, drainage, guérison, par HERHOLD. (*Deut. med. Woch.*, 39.) — Péritonite tuberculeuse chez un enfant de 13 ans, injection de naphtol camphré, guérison, par SPILLMANN. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er novembre.) — Péritonite tuberculeuse, laparotomie, guérison, par HENDRIX. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 décembre.)

**Pharmacologie.** —La nouvelle pharmacopée, par REMINGTON. (*Journal Americ. med. Ass.*, 27 octobre.) — Recherches physiologiques sur l'élédone moschata, par I. v. UEXKÜLL. (*Zeit. f. Biol.*, XXXI, p. 584.) — De l'anhalonium Lewinii et d'autres cactées, par LEWIN. (*Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm.*, XXXIV, 5 et 6.) — Sur le viburnum prunifolium, par HOLMES. (*Journal Americ. med. Ass.*, 27 octobre.)—Théorie de l'action de la digitale sur le cœur, par v. S. ERLICH. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 3 et 4.)—Sur l'action physiologique de l'hématoxyline, par COMBEMALE. (*Bull. méd. Nord*, 12 octobre.) — L'action de la digitaline vraie comparée à celle de l'infusion de digitale, par STOÏTSCHEFF. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LII, p. 475.) — Des mercuriales, anatomie, matières colorantes, propriétés, par FRUCTUS. (*Thèse de pharmacie, Montpellier.*)—Etude sur le strophantus au point de vue chimique et pharmaceutique, par DUMAS. (*Ibid.*) — Etude microscopique du séné et de

ses falsifications, par LATOUR. (*Ibid.*) — Influence de l'atropine sur la durée de l'asphyxie chez le canard, par RICHET. (*Soc. de biol.*, 15 décembre.) — Des effets hypnotiques de l'arabinochloralose, par HANRIOT et RICHET. (*Ibid.*) — Sur la chloramide, par BROWNING. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 27 oct.)— Du trional, par GOLDMANN. (*Therap. Monats.*, novembre.) — De la pipérazine, par HEERMANN. (*Ibid.*) — Action bactéricide de l'euphorine, par COLASANTI. (*Therap. Woch.*, II, 1.) — Sur le sort des oxycétones aromatiques dans l'organisme animal, par NENCKI. (*Arch. des sc. biol. St-Pétersbourg*, III, 2.) — Sur l'action physiologique de quelques produits de substitution du gaïacol, par MARFORI. (*Arch. di farmac.*, 18, et *Arch. ital. de biol.*, XXII, 1.) — Les accidents toxiques de l'exalgine, par ELOY. (*Journal des Praticiens*, 34.) — Des propriétés hémotoxiques de l'acétylphénylhydrazine, par VALDAMERI. (*Morgagni*, octobre.) — De l'agathine, par AUJESZKY. (*Pester med. chir. Presse*, 33.) — De l'action de l'iode sur l'amidon, par DUCLAUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 12.) — Sur l'action de l'iode sur le tissu pulmonaire, par R.-M. VITVITZKI. (*Vratch*, 22 septembre.) — Sur l'action décomposante exercée sur l'iodure par quelques substances dans l'organisme, par GAGLIO. (*Arch. per le sc. med.*, XVIII, 4.) — Un effet physiologique de potassium, par JALLOT. (*Bull. Soc. de méd. Angers*, p. 10, 1er semestre.) Gonflement et douleur de l'une des glandes parotides. — Note sur la préparation des pilules d'iodure de potassium, par E. CABANNES. (*N. Montpellier méd.*, 39, p. 769.) — Sur les préparations galéniques à base de glycérophosphate de chaux, par GUY. (*Ibid.*, 8 décembre.) — Sur la préparation des phosphoglycérates de chaux et de soude, par CORNET. (*Progrès méd.*, 11 avril.) — Action du carbonate de chaux, par LEHMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 juin.) — Remarques sur le travail de Walliczeck. De la valeur bactéricide du tannin, par NUTTALL. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 4.) — Comment il faut interpréter l'action antiseptique de l'iodoforme, par STCHÉGOLEFF. (*Arch. de méd. exp.*, VI, 6.)

**Pharynx.** — Poche pharyngée, par ROLLESTON. (*London path. Soc.*, 18 déc.) — Fistule cervicale communiquant avec le pharynx, par WINGRAVE. (*Brit. lar. Assoc. Journ. of laryng.*, décembre.) — Un cas de pharyngite exsudative, par GLASGOW. (*N.-York med. j.*, 27 octobre.) — Le premier cas de pharyngite phlegmoneuse aiguë compliquée de méningite purulente, par v. STEIN. (*Monats. f. Ohrenh.*, 10.) — Etiologie des abcès rétro-pharyngiens des enfants, par KOPLIK. (*Cent. f. Bakt.*, 26 septembre.) — Tuberculose miliaire aiguë du pharynx, enfant de 6 ans, par KIAER. (*Ugeskrift for Læg.*, 52.) — Un cas rare de gomme syphilitique du pharynx, par G. BOGDAN. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*, 2.) — Sténose cicatricielle du pharynx d'origine syphilitique, par GAREL. (*Province méd.*, 22 décembre.) — Rétrécissement du pharynx, soudure du voile par la syphilis, 2 cas, par HJELMMAN. (*Finska läkar. handlingar*, XXXVI, 7.) — Végétations adénoïdes et dégénérescence, par JUDET DE LA COMBE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des végétations adénoïdes, par THOMAS. (*Marseille méd.*, 15 octobre.) — De la fréquence des végétations adénoïdes pharyngées en Italie, choix de la méthode opératoire, par CORRADI. (*Boll. mal. dell'orecchio*, XII, 12.) — De l'utilité de la connaissance des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal pour les médecins d'enfants, par CHAUMIER. (*La méd. infant.*, 15 décembre.) — Sur les végétations adénoïdes du pharynx, leur diagnostic et leur traitement par le doigt, par GUILLAUME. (*Rev. de laryng.*, 15 novembre.) — Des rapports entre l'incontinence d'urine et les végétations adénoïdes, par GROENBECH. (*Arch. f. Laryng.*, II, 2.) — Traitement médical des végétations adénoïdes du pharynx, rapport de cette affection avec la tuberculose, par VERNEUIL. (*Rev. de la tuberc.*, octobre.) — De l'opération des végétations adénoïdes, par

Ziem. (*Monats. f. Ohrenh.*, novembre.) — Des tumeurs adénoïdes (opérées toujours avec le chloroforme, tête pendante), par Kendal Franks. (*Royal Acad. of med. Ireland*, 7 décembre.) — Doit-on toujours opérer les tumeurs adénoïdes? par Hermet. (*Journ. de clin. infant.*, 20 décembre.) — Polype naso-pharyngien, opération par la voie palatine, restauration immédiate du voile du palais, par Quénu. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 519.) — Résection du maxillaire supérieur pour un polype naso-pharyngien, autoplastie immédiate de la voûte palatine, résultat dix mois après, par Tuffier. (*Ibid.*, XX, p. 766.) — Tumeurs fibreuses du naso-pharynx; leur traitement par l'électro-cautère, par Goodwillie. (*Americ. med. Bull.*, 15 décembre.) — L'importance du diagnostic précoce des tumeurs malignes de la gorge, par Gleitsmann. (*N.-York med. j.*, 10 novembre.) — Sur le lymphosarcome du pharynx, par Chiari. (*66e réun. des nat. allem. Vienne*, 27 septembre.) — Lymphosarcome du pharynx et du larynx, par Stoerk. (*Ibid.*) — Un cas de sarcome naso-pharyngien, par Spitzer. (*Ibid.*)

**Physiologie.** — Traité de physiologie de l'organisme animal, en particulier de l'homme, par Bernstein. (In-8°, *Stuttgard.*) — Manuel de physiologie, par Raymond. (In-8°, *Philadelphie.*) — Recueil de mémoires physiologiques, par Schiff. (Tome II, 784 p., *Lausanne.*) — La station physiologique de Paris, par Marey. (*Rev. scientif.*, 29 décembre.) — Physiologie, travaux du laboratoire de Ch. Richet, tome III : chloralose, sérothérapie, tuberculose, défenses de l'organisme. (In-8°, *Paris.*)

**Pied.** — Sur une bourse séreuse qui existe entre le premier cunéiforme et le tendon extenseur propre du gros orteil, par Morestin. (*Soc. anat. Paris*, 27 octobre.) — Remarques sur l'ongle incarné du gros orteil, par Bloch. (*Rev. d'orthop.*, 1er novembre.) — Le traitement de l'orteil valgus, par Clutton. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XXII, p. 1.) — Lésions atrophiques cérébrales dans 3 cas de pieds bots datant de l'enfance, par Luys. (*Ann. de psychiat.*, novembre.) — Pied bot varus équin; troubles de la sensibilité et mal perforant, par Kirmisson. (*Rev. d'orthop.*, 1er novembre.) — Pied bot valgus équin, par Brunet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 novembre.) — De la tarsoclasie instrumentale dans certaines formes de pied bot, par Redart. (*Gaz. méd. Paris*, 10 novembre.) — Traitement du pied bot congénital chez le nouveau-né et les jeunes enfants, par Redard. (*Ibid.*, 1er décembre.) — Traitement de la rotation interne dans le pied varus équin congénital, par C. Lauenstein. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 juillet.) — Désarticulation des deux genoux pour pied bot paralytique avec spina bifida et hernie congénitale, par W.-J. Taylor. (*Therap. Gaz.*, 15 décembre.) — Extirpation de l'astragale pour pieds bots équins ankylosés consécutifs à une fracture grave et compliquée de l'extrémité inférieure de la jambe, par Lafourcade. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 509.) — Du pied plat, par Stokes. (*Brit. med. j.*, 1er décembre.) — Etude bactériologique sur le pied de madura du Sénégal, par Le Dantec. (*Arch. de médecine navale*, décembre.)

**Pityriasis.** — Du pityriasis rubra et des rapports des maladies de peau avec la leucocythémie, par Peter. (*Dermat. Zeit.*, I.) — Traitement du pityriasis versicolor, par Leistikow. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XX, 3.)

**Plaie.** — De l'infection des plaies par le bactérium coli, par C. Brunner. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 24.) — Expériences sur l'infection des plaies, par Schimmelbusch. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 mai.) — De la désinfection des plaies, par Henle. (*Ibid.*, 18 juin.) — Sur le traitement des plaies infectées, par Messner. (*Münch. med. Woch.*, 19.)

**Plèvre.** — Sur la matité pleurétique, par Autric. (*Thèse de Bordeaux.*) — De la leucocytose dans l'hémothorax non fébrile, par Harmsen. (*St-Petersburg. med. Woch.*, 1er octobre.) — Du souffle amphorique dans la pleurésie, par Galliard. (*Presse méd.*, 22 décembre.) — Pleurésies dues au pneumocoque, par Washbourn. (*Med. Chir. Trans.*, LXXVII, p. 179.) — De la pleurésie exsudative, par Volland. (*Therap. Monats.*, novembre.) — Un cas d'épanchement pleurétique bicloisonné, par Arnstein. (*Gaz. lek.*, 43, 1893.) — De la pleurésie chez les cardiaques, en particulier de la pleurésie droite, par Fabre. (*Thèse de Paris.*) — Sur une ptomaïne extraite de l'urine de malades atteints de pleurésie, par Griffiths. (*Chem. News*, n° 1822, p. 199.) — Abcès sous-diaphragmatique communiquant avec la plèvre, par Mackenzie. (*London clin. Soc.*, 26 octobre.) — L'empyème pulsatile, par Comby. (In-16, *Paris.*) — Perforation du diaphragme par un empyème, par Grinberg. (*Vratch*, 27 octobre.) — Traitement des maladies de la plèvre, par Rochelt. (*Wiener med. Presse*, 11 novembre.) — Traitement des épanchements pleurétiques, par Ashton. (*Therap. Gaz.*, 15 septembre.) — Le traitement de la pleurésie purulente par le siphon (méthode de Revillod), par Cumston. (*Boston med. Journ.*, 22 novembre.) — Du traitement des épanchements pleuraux, par S. Lewachoff. (*Vratch*, 20 octobre.) — Des badigeonnages de gaïacol dans les épanchements pleuraux, par Miron-Sigalea. (*Soc. de thérap.*, 12 décembre.) — Du sarcome primitif de la plèvre, par Brunati. (*Thèse de Paris.*)

**Poumon.** — Le poumon cardiaque, par Boy-Teissier. (*Rev. de méd.*, déc.) — Sur la valeur clinique de la mensuration de la hauteur et de l'amplitude des sommets pulmonaires, par A. Conti. (*Morgagni*, juillet.) — Insuffisance pulmonaire congénitale par développement imparfait, par E. de Renzi. (*Ibid.*, juillet.) — De l'hyperémie par engorgement du poumon, par M. Grossmann. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 1 et 2.) — Les effets des douches chaudes, du massage et des frictions sur l'expansion pulmonaire, par Graham. (*Boston med. Journ.*, 6 décembre.) — Epidémie de pneumonie, par Brunner. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LII, p. 454.) — Le pneumobacille de Friedlaender, revue par Etienne. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 1.) — Du délire des pneumoniques, par Bozzolo. (*Riforma med.*, 20 décembre.) — Des formes intermittentes de la pneumonie fibrineuse, par Berend. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIX, 1.) — Des rapports de la pneumonie et de la congestion pulmonaire, par Potain. (*Méd. moderne*, 7 juillet.) — Pneumonie infectante avec ictère et tendance à la formation d'un abcès pulmonaire. Eruption morbilleuse ultime, par Talamon. (*Ibid.*, 30 mai.) — Pneumonie bilieuse ou pneumonie jaune, par L. Galliard. (*Ibid.*, 28 avril.) — Leucocytose dans la pneumonie croupale, par Bieganski. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIII, p. 493.) — Sur la pneumonie croupeuse, par W.-Th. Bouchou-jeff. (*Vratch*, 25 août.) — Pleuro-pneumonie suppurée causée par le bacille encapsulé de Friedlaender, par Rispal. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 décembre.) — Deux cas de pneumonie traumatique, par Montgour. (*Arch. clin. Bordeaux*, octobre.) — De l'infection, de l'immunisation et de la cure dans la pneumonie franche, par Emmerich. (*Zeit. f. Hyg.*, XVII, et *Hyg. Rundsch.*, IV, 15, p. 697.) — Des moyens de conférer l'immunité contre l'infection pneumococcique et de la guérir, par E. Bunzl-Federn. (*Arch. f. Hyg.*, XX.) — Digitale dans le traitement de la pneumonie, par Watt Kerr. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 28 juillet.) — Traitement hydrothérapique de la pneumonie, par Rendu. (*Journ. des Praticiens*, 24 novembre.) — La saignée dans le traitement de la pneumonie, par V. Davoli. (*Morgagni*, septembre.) — Pneumonie traitée par les applications de glace, par Jackson. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.) — Gangrène pulmonaire suite de pleuro-

pneumonie, par Goelet. (*North Carolina med. j.*, XXXIV, 5.) — Etiologie de la gangrène pulmonaire, par Reimbach. (*Cent. f. allg. Pathol.*, 15.) — Hémothorax et cancer du poumon, par Spillmann. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er décembre.) — Rupture du poumon par simple contusion de la paroi thoracique, par Combe. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XIV, 3.) — Hernie externe du poumon à la suite d'une opération d'Estlander, par Sahli. (*Corresp-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Coups de couteau dans le dos; hémoptysie et emphysème sous-cutané. Suture de la plaie. Guérison rapide, par E. Küster. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 723, 30 juillet.) — Plaie par arme à feu de la région dorsale avec blessure du poumon. Hémothorax; ponction aspiratrice suivie de reproduction de l'épanchement. Double incision en avant et en arrière (avec résection costale). Guérison rapide, par E. Kuester. (*Ibid.*, p. 723, 30 juillet.) — De la pneumectomie, par Omer Cherki. (*Thèse de Lyon.*)

**Poil.** — Defluvium capillorum subitum, par Quincke. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIII, p. 203.) — Sur les changements que subissent les cheveux sous l'influence des substances caustiques et de la haute température, par Wachholz et Tyszkiewicz. (*Przegl. lek.*, novembre.)

**Prostate.** — Des abcès de la prostate et de leur traitement, par Routier. (*Semaine méd.*, 5 décembre.) — Signes physiques de la prostatite chronique chez les jeunes sujets, par Reliquet et Guépin. (*Gaz. méd. Paris*, 20 octobre.) — Tuberculose de la prostate, ulcération du rectum, abcès colibacillaire de la fosse ischio-rectale, péritonite, par Claude. (*Soc. anat. Paris*, 2 novembre.) — Quelques considérations touchant la valeur de la prostatectomie partielle dans l'hypertrophie de la prostate, par Pousson. (*Mercredi méd.*, 26 décembre.) — Résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques, par Lagoutte. (*Gaz. hebd. Paris*, 17 novembre.) — Ligature simultanée des deux artères iliaques internes pour l'hypertrophie prostatique, par Meyer. (*Annals of surg.*, juillet.) — Prostatectomie sus-pubienne, 12 cas, par Robson. (*Provincial med. journ.*, 1er septembre.) — Quatre observations de cystostomie sus-pubienne chez des prostatiques, par Lejars. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 654.) — Du méat hypogastrique chez les prostatiques, par Bazy. (*Ibid.*, p. 666.) — Castration pour l'hypertrophie prostatique, par Ricketts. (*Mississipi valley med. Ass.*, 20 novembre.) — Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la castration, par Moullin. (*Brit. med. j.*, 3 novembre.) — Castration dans l'hypertrophie de la prostate, par White. (*Med. News*, 15 décembre.) — Du traitement du cancer de la prostate, par Paul. (*Thèse de Lyon.*)

**Prurigo.** — Des prurigos en général et du prurigo temporaire en particulier, Tommasoli. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XX, 3.) — Le groupe des prurigos en général; du prurigo aigu, par Tommasoli. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXIX, 3.)

**Psoriasis.** — Note histologique sur les leuco-kératoses de la bouche, par Stanziale. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXIX, 4.) — La crysarobine dans le psoriasis, par Feliciani. (*Riforma med.*, 19 novembre.) — Traitement thyroïdien dans le psoriasis, par Cantrell. (*Therap. Gaz.*, 15 septembre.) — Traitement du psoriasis, par Méneau. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 16 décembre.) — Quelques mots sur la médication du psoriasis au moyen de l'extrait de corps thyroïde pris à l'intérieur, 4 cas, insuccès, par Méneau. (*Mercredi méd.*, 8 août.)

**Psychologie.** — La graphique psychométrique de l'attention, par Patrizi.

(*Arch. ital. de biol.*, XXII, 2.) — De l'antagonisme qui existe entre chaque effort de l'attention et des innervations motrices, par DE MANACÉINE. (*Ibid.*) Psychologie du toucher, par DRESSLAR. (*Americ. j. of psych.*, VI, 3.) — Sur l'évaluation de l'espace par les mouvements du bras, par SEGESWORTH. (*Ibid.*) — De la méthode en psychologie, par SCRIPTURE. (*Ibid.*) — Psychologie des grands calculateurs et joueurs d'échecs, par BINET. (In-16, 364 p., *Paris.*) — Absence de mouvement dans le sommeil et dans le rêve, par BRADLEY. (*Mind*, III, 2.) — Des rêves des aveugles, par F. HITSCHMANN. (*Zeit. f. Psych.*, 25 octobre.) — Etude sur la cruauté, par BERGER. (*Thèse de Bordeaux.)*

**Psychose.** — Des délires systématisés dans les diverses psychoses, par MAGNAN. (*Arch. de neurol.*, décembre.) — Sur les psychoses périodiques, par K. RYCHLINSKI. (*Medycyna*, novembre.)

**Puerpéral.** — Des pseudo-infections puerpérales d'origine intestinale, par BARBIER. (*Thèse de Paris.*) — De la fièvre puerpérale, par MOSER. (*N.-York med. j.*, 15 décembre.) — Sur un cas d'infection pyohémique pendant les suites de couches, par OUI et DELMAS. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 14 octobre.) — Fièvre puerpérale et fièvre typhoïde, par CHARIER. (*Bull. Soc. de méd. Angers*, p. 68, 1er semestre.) — Sur la fièvre puerpérale, par BANNAN. (*Med. Record*, 29 décembre.) — Des fièvres puerpérales, par DRAGE. (In-8°, 52 p., *Londres.*) — Etat puerpéral et tuberculose, par GAULARD. (*Presse méd.*, 8 décembre.) — Septicémie puerpérale avec dilatation du ventricule gauche, sans endocardite, par LEYDEN. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 août.) — Dermatite herpétiforme et puerpéralité, par MÉLOT. (*Thèse de Lyon.*) — Essai de classification pathogénique des délires liés à la puerpéralité, par EVROT. (*Ibid.*) — De la métrite post-puerpérale. Ses premières manifestations, par S. REMY. (*Rev. méd. de l'Est*, p. 545, 15 septembre.) — Traitement actuel de l'infection puerpérale, par DEMELIN. (*Journ. des Praticiens*, 33.) — Curetage de l'utérus puerpéral, par DEMELIN. (*Ibid.*, 29 décembre.) — Sur les indications du curetage de l'utérus dans l'infection puerpérale, par BRUNEAU. (*Thèse de Paris.*) — Importance du diagnostic précoce et traitement de l'endométrite septique puerpérale, par ILL. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — Traitement de la septicémie puerpérale par la réfrigération, par MACÉ. (*Arch. de tocol.*, décembre, et *Gaz. des hôp.*, 15 décembre.)

**Purpura.** — Du purpura hémorragique pendant la grossesse, par BUFFON. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur le purpura hémorragique, par KENISTON. (*Americ. med. surg. Bull.*, 15 octobre.) — Le purpura rhumatoïde, par MARIE. (*Union méd.*, 27 décembre.)

**Pyohémie.** — Etiologie de la pyohémie, par PARASCANDOLO. (*Riforma med.*, 14 septembre.)

**Quinine.** — Intoxication quinique chez un paludique, mort par urémie, par MICCICHÉ. (*Riforma med.*, 16 octobre.)

# R

**Rachis.** — Recherches statistiques sur la fréquence des variétés numériques des vertèbres chez l'homme et considérations sur leur genèse, par Staderini. (*Monit. zool. ital.*, V, 3.) — Un homme à queue, par W.-N. Kniazew. (*Vratch*, 18 août.) — Sur les queues de l'homme, par K.-N. Winogradow. (*Ibid.*, 18 août.) — De la scoliose infantile, par Marsh. (*Brit. med. j.*, 1er décembre.) — De la scoliose du premier âge, par Hendrix. (*La policl. Bruxelles*, 15 déc.) — Décubitus latéral comme cause et méthode de traitement de la scoliose latérale, par Wilbur. (*N.-York med. j.*, 8 décembre.) — De la scoliose dans la sciatique, par Guse. (*Wiener med. Presse*, 22 juillet.) — Traitement chirurgical des abcès iliaques d'origine rachidienne, par Young. (*N.-York med. j.*, 22 décembre, p. 792.) — Des tumeurs sacrées congénitales, par Ganz. (*Prager med. Woch.*, 41.) — Un cas de tératome kystique sous-coccygien, de la génèse de ces tumeurs, par Perman. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 3.) — Enchondrome primitif du rachis, par Péan. (*Cong. de chir.* et *Bull. méd.*, 28 octobre.) — Un cas de spina-bifida avec absence du sacrum, par Deschamps. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 novembre.) — Fistule congénitale, ablation de la fistule et de la tumeur, ouverture du canal rachidien, incision de la dure-mère, fermeture par un lambeau anaplastique. Sarcome du sacrum, ablation, guérison, par Péan. (*Gaz. des hôp.*, 18 décembre.) — 2 cas de traumatisme rachidien avec intervention chirurgicale, par Chipault. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, VII, 6.) — Ankylose du rachis, élargissement du pied droit, par Miles. (*Lancet*, 3 novembre.) — Luxation traumatique antérieure bilatérale incomplète du corps de l'axis sur la 3e vertèbre cervicale; fracture incomplète des pédicules de l'atlas et de l'axis, foyer hématomyélique. Mort 3 jours après l'accident, par Picou. (*Soc. anat. Paris*, 7 décembre.) — Un cas de fracture ancienne de l'apophyse odontoïde avec luxation de l'atlas en avant. par Lambotte. (*Ann. Soc. de méd. Anvers*, p. 131, avril.) — Carie du rachis avec compression de la moelle, par Eskridge. (*N.-York med. j.*, 17 nov.) — Sur un cas de paraplégie par mal de Pott guérie spontanément, par Loison. (*Cong. de chir.* et *Bull. méd.*, 17 octobre.) — Les causes et le traitement de la paraplégie dans le mal de Pott, par Jaboulay. (*Mercredi méd.*, 10 octobre.) — Des paralysies du mal de Pott, par Hendrix. (*La policl. Bruxelles*, 15 octobre.) — Mal de Pott avec paraplégie et paralysie vésicale. Guérison rapide, par Hendrix. (*Ibid.*, 15 décembre.) — Sur la paraplégie du mal de Pott et de son traitement par l'ouverture directe de l'abcès tuberculeux, par Légerand. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement du mal de Pott, par Phelps. (*Journal Americ. med. Ass.*, 27 octobre.) — Carie du rachis, compression de la moelle, laminectomie, par Smith. (*Brit. med. j.*, 1er décembre.) — Laminectomie pour fracture du rachis, par Salzer. (*Weekblad Nederl. Tijds. voor Geneesk.*, 17 novembre.)

**Rachitisme.** — Etiologie du rachitisme, par Ashby. (*Practitioner*, décembre.) — Déviation du pied sur la jambe par coudure de la malléole externe d'origine rachitique, par Aldibert. (*Midi méd.*, 23 décembre.) — Contribution à l'étude des déformations du thorax dans le rachitisme, par Zariquiey. (*Journal de clinique infantile*, 18 octobre.) — De la scoliose infantile et de ses rapports

avec le rachitisme, par Barlow. (*Brit. med. j.*, 10 novembre.) — Les accidents convulsifs dans le rachitisme, par Kassowitz. (*Méd. infant.*, 15 octobre.) — Influence du traitement marin sur le rachitisme, par Leroux. (*Ibid.*)

**Rage.** — Les vaccinations antirabiques à St-Pétersbourg, par Kraiouchkine. (*Arch. des sc. biol. St-Pétersbourg*, III, 2.)

**Rate.** — Action de quelques poisons du sang sur la rate, par Pilliet. (*Arch. de méd. exp.*, VI, 6.) — Kystes multiples de la rate par étranglement des cellules épithéliales de la surface de l'organe, par Ribbert. (*Corresp. Blatt. f. Schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Plaie par arme à feu de la rate et du rein, laparatomie, hémostase par suture profonde, par Mc Lane Tiffany. (*Med. News*, 17 novembre.) — Splénectomie, guérison, par Murphy. (*Brit. med. j.*, 3 novembre.) — De l'ablation de la rate, par Schalita. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 3.) — Un cas de splénectomie par Postempski. (*Riforma med.*, 21 décembre.) — Rate flottante hypertrophiée douloureuse, splénectomie, par Poisson. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 décembre.)

**Rectum.** — Cinq ans de pratique des maladies du rectum, par Kelsey. (*N.-York med. j.*, 8 décembre.) — Rectite fongueuse avec rétrécissement, par Gallozi. (*Morgagni*, novembre.) — Prolapsus rectal d'origine traumatique, par Hirschberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 avril.) — Résection d'un prolapsus du rectum, fixation du bout supérieur à la peau de l'anus; oblitération consécutive, anus sacré, par Chaput. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 565.) — Prolapsus du rectum ; ablation, par Tesson. (*Bull. soc. de méd. d'Angers*, p. 71, 1er semestre.) — Gros polype du rectum expulsé pendant la défécation, fille de 22 ans, par Mouchet. (*Soc. anat. Paris*, 7 décembre.) — Rétrécissement du rectum, par Hartmann. (*Ibid.*, 16 novembre.) — Sur un cas de rétrécissement du rectum de cause probablement tuberculeuse, par Tillaux. (*Méd. moderne*, 12 mai.) — Les rétrécissements périrectaux chez la femme, par Hartmann. (*Ann. de gynéc.*, décembre.) — Cancer du rectum inopérable, amélioration par le curetage, par Quénu. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 593.) — Atrésie congénitale du rectum ; établissement d'un anus artificiel par la voie sacrée, par Kehrer. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 août.) — Un cas d'imperforation du rectum, modification au procédé opératoire par la voie périnéale, par Commandeur. (*Mercredi méd.*, 12 décembre.) — Résection du rectum pour cancer, névralgie persistante dans la cicatrice, par van Arsdale. (*N.-York Acad. of med.*, 12 novembre.) — Tumeur du rectum, opération de Kraske, par Pozzi. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 505.) — Sur un procédé nouveau de résection du rectum, par Moulonguet. (*Ibid.*, XX, p. 646.) — Extirpation ou résection du rectum, par Zancarol. (*Ibid.*, p. 680.) — De la méthode de Kraske pour le traitement des cancers du rectum, par Defong. (*Thèse de Lyon.*) — Opération de Kraske modifiée, par Montaz. (*Dauphiné méd.*, 1er novembre.)

**Réflexe.** — Sur les réflexes vaso-moteurs bulbo-médullaires dans diverses affections nerveuses, par Hallion et Comte. (*Soc. de biol.*, 29 décembre, et *Arch. de phys.*, VII, 1.) — Influence de l'état asphyxique sur le réflexe autotomique, par Dissard. (*Soc. de biol.*, 24 novembre.) — Appareil pour l'examen des réflexes, multiplicateur des réflexes, par Sommer. (*Deut. med. Woch.*, 8 novembre.)

**Rein.** — Sur les fonctions rénales, par W. Sobieranski. (*Gaz. lek.*, novembre.) — 3 nouveaux cas d'anomalies du système rénal, par Jacquemet et Musy.

(*Marseille méd.*, 15 novembre.) — Sur les anomalies des reins au point de vue de leur situation et de leur développement, par Georg Strube. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVII, 2.) — Duplicité complète de l'uretère gauche, par Griffon. (*Soc. anat. Paris*, 5 octobre.) — Anomalie des uretères double pour chaque rein, par Morestin. (*Ibid.*) — Absence du rein droit, par Dwight. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Etiologie de la néphrite suppurée, par v. Wunschheim. (*Zeit. f. Heilk.*, XV, 4 et 5.) — Un nouveau bacille capsulé pathogène dans la néphrite suppurée, par Nicolaier. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 15.) — Néphrite aiguë hémorragique par staphylocoque blanc, par Baduel. (*Riforma med.*, 7 août.) — Sclérose disséminée du rein dans l'endocardite infectieuse, l'aortite, sa signification pathologique, par Hollis. (*Med. chir. trans.*, LXXVII, p. 69.) — Hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire dans le cours de la néphrite latente, par Cochez. (*Bull. méd. de l'Algérie*, août.) — De l'hématurie et de l'hémophilie rénale, par Passet. (*Cent. f. Krank. der harn. u. sex. org.*, V, 8.) — Colite pseudo-membraneuse dépendant de la néphroptose et guérie par fixation du rein, par Weber. (*Soc. de thérap.*, 24 octobre.) — Diagnostic différentiel de la pyélite et de la cystite, par Schabert. (*St-Petersburg. med. Woch.*, 22 oct.) — De la lithiase rénale chez la femme, par Baaz. (*Wiener med. Woch.*, 8 décembre.) — Tuberculose rénale, par Jaccoud. (*Union médicale*, 15 novembre.) — La tuberculose du rein, par Verhoogen. (*La policl. Bruxelles*, 1er novembre.) — Tuberculose des capsules surrénales sans maladie bronzée, par Addison. (*Medical Record*, 3 novembre.) — Valeur diurétique du calomel, sa tolérance dans un cas d'affection cardio-rénale, par Pepper. (*Med. News.*, 15 décembre.) — Traitement de la maladie de Bright, par Sapelier. (*Bull. gén. de thér.*, 30 novembre.) — De la diète dans le mal de Bright, par Batten. (*Journal Americ. med. Ass.*, 20 octobre.) — De la nature parasitaire de l'uretérite chronique, par Pisenti. (*Cent. f. allg. Path.*, 15, p. 657.) — Sur un cas d'antéversion et d'antéflexion du rein, par Walther. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 581.) — Plaie contuse du rein gauche par balle de revolver, par Morez. (*N.-Montpellier méd.*, 41, p. 809.) — Diagnostic et traitement des tumeurs bénignes du rein chez les adultes, par Rovsing. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 2.) — Sur un adénome congénital des deux reins, par Kahlden. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XV, p. 626.) — De la chirurgie du rein, par Hildebrand. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 1 et 2.) — Travaux récents sur la chirurgie du rein, par Wagner. (*Schmidt's Jahrbuch.*, 11.) — L'intervention chirurgicale pour le rein tuberculeux, par Bryson. (*Journ. of cutan. dis.*, novembre.) — Des tumeurs de l'uretère, par Jona. (*Riforma med.*, 8 août.) — 2 cas d'uretéro-lithotomie, par Cotterell. (*Med. chir. trans.*, LXXVII, p. 255.) — 2 cas d'uretérotomie pour calculs, par Morison. (*Lancet*, 10 novembre.) — Anurie calculeuse opérée au 5e jour par l'extraction d'un calcul de l'uretère à travers l'incision du rein. Suture complète de la plaie rénale. Guérison par première intention, par Legueu. (*Mercredi méd.*, 25 juillet.) — Une nouvelle méthode de fixation du rein, par H. Reed. (*Journal Americ. med. Ass.*, 22 décembre.) — Des néphrectomies partielles, par Gervais de Rouville. (*Thèse de Paris.*) — 3 néphrectomies parapéritonéales, par Salomoni, (*Riforma med.*, 10 août.) — De la néphrectomie transversale, par Ch. Willems. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 décembre.) — Pyélo-néphrite calculeuse, néphrectomie ; mort, par Brindel. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 novembre.) — Néphrectomie pour calculs avec abcès multiples du rein chez une femme de 26 ans, par Kroenlein. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzt*, 1er août.) — Un cas de néphrectomie transpéritonéale pour une rupture sous-cutanée du rein, par Kehr. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 3 et 4.) — Hydropyonéphrose, tumeur de 40 livres, ablation, guérison, par Taber Johnson. (*Med. Record*,

22 décembre, p. 792.) — Du traitement conservateur de l'hydro et de la pyonéphrose, par Cramer. (*Cent. f. Chir.*, 24 novembre.) — Hydro-uretérite, avec hydronéphrose, néphro-uretérectomie, par Postnikow. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 3.) — Hydronéphrose congénitale, enfant de 2 ans, ablation par la voie lombaire, par Martin. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 708.) — Hydronéphrose intermittente par épithélioma du hile du rein et du bassinet, par Tuffier. (*Ibid.*, p. 775.) — Un cas d'hydronéphrose bilatérale, par Reclus. (*Ibid.*, p. 782.) — Hydronéphrose bilatérale congénitale avec torsion de l'artère par bride fibreuse, par Launay. (*Soc. anat. Paris*, 7 décembre.) — Néphrectomie pour hydronéphrose congénitale sur un enfant de 2 ans, par Edouard Martin. (*Rev. médic. Suisse romande*, XIV, 7, p. 442.) — Traitement chirurgical du rein kystique, par Taendler. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Fibrome du poids de 48 livres développé dans la zone graisseuse du rein, ablation de la tumeur et du rein droit, guérison, par Reverdin. (*Rev. de chir.*, nov., p. 957.) — Néphrectomie pour cancer chez une femme de 67 ans, sans récidive depuis 9 ans passés, par Krönlein. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er août.)

**Résection.** — De la résection pathologique de la hanche, 52 cas, par Vincent, (*Arch. prov. de chir.*, III, 12 et IV, 1.) — 64 résections du genou sans suture, ligatures ni drainage, par Bœckel. (*Ibid.*, IV, 1.) — Résection large de la hanche pour une coxalgie suppurée avec luxation pathologique, résultats éloignés, par Schwartz. (*Rev. d'orthop.*, 1er septembre.) — Nouvelle modification de la résection du pied de Mikulicz, par Niché. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 1.) — De la résection tibio-tarsienne, par Verhoef. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 octobre.)

**Respiration.** — Sur les voies respiratoires spinales, par Porter. (*Arch. f. Physiol.*, p. 547.) — Sur la théorie de la respiration, par Richard Arnheim. (*Arch. für Phys.*, p. 1.) — Un nouveau facteur dans la respiration; le mouvement et l'oxydation du sucre, de la graisse et de l'albumine sous l'influence de l'échange respiratoire, par Hamburger. (*Rev. de méd.*, décembre.) — Relation entre les échanges respiratoires et la température (chez les animaux à sang froid), par H. Vernon. (*The. Journ. of Phys.*, XVII, p. 276.)

**Rétine.** — Transformation d'énergie dans la rétine, par Gad. (*Arch. f. Phys.*, p. 491.) — Une réaction colorée de la rétine éclairée ou non, par Birnbacher. (*Arch f. Opht.*, XL, 5.) — Un cas remarquable de dilatation variqueuse des veines rétiniennes, par Westhoff. (*Centralb. f. Augenh.*, juin.) — De la rétinite des paralytiques, par Colucci. (*Ann. di neurol.*, 3 et 4.) — Quatre cas de rétinites au cours de néphrites chroniques diffuses, par Webster. (*Medical Record*, 20 octobre.) — Un cas de chorio-rétinite maculeuse, par Wiegmann. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, novembre.) — Phlébite et thrombose des vaisseaux centraux de la rétine, par Wurdemann. (*Arch. of opht.*, XXIII, 4.) — Rétinite syphilitique avec albuminurie, par E. Berger. (*Rev. gén. d'opht.*, XIII, 11.) — Choroïdite, exsudations et granulations polypeuses, à plusieurs pédicules, de la rétine, comme pseudo-gliome, par Ginsberg. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, novembre.) — Cas de guérison spontanée de décollement rétinien bilatéral, par Uhthoff. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 723, 30 juillet.) — De l'injection d'iode dans le décollement de la rétine, par Schoeler. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, décembre.) — Glio-sarcome de la rétine, par Nattini. (*Ann. di ottalm.*, XXIII, p. 188.)

**Rhumatisme.** — Sur le rhumatisme et ses complications cardiaques. La loi de

Bouillaud est-elle applicable dans l'enfance? par VARIOT. (*Journ. de clin. infantile*, 11 octobre.) — De la diathèse arthritique, par CAVAZZANI. (*Riforma med.*, 25 octobre.) — Anatomie pathologique et pathogénie du rhumatisme poly-articulaire chronique, par FOLLI. (*Policlinico*, 1er décembre.) — De l'endocardite ulcéreuse et de la myocardite fibreuse dans leurs rapports avec le rhumatisme articulaire aigu, par LEYDEN. (*Deut. med. Woch.*, 6 décembre.) — Le délire alcoolique dans le rhumatisme articulaire, par HUCHARD. (*Journ. des praticiens*, 8 décembre.) — Comment on doit prescrire le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, par HUCHARD. (*Ibid.*, 22 déc.) — Traitement de l'arthrite rhumatismale sénile par les mouvements forcés, par LOWE. (*Brit. med. j.*, 3 novembre.) — Un cas de rhumatisme articulaire aigu guéri par le salophène, par Holz SCHNEIDER. (*Morgani*, avril.)

**Rougeole.** — De l'infectiosité de la rougeole, par KERSCH. (*Memorabilien*, 6.) — De la desquamation de la langue dans la rougeole par DUCLOS. (*Thèse de Bordeaux.*) — Pseudo-sclérose disséminée, suite de rougeole, par Dawson WILLIAMS. (*Med. chir. trans.*, LXXVII, p. 57.) — Quelques formes de paralysies morbilleuses, par ORTHOLAN. (*Thèse de Bordeaux.*)

**Rouget.** — Recherches étiologiques sur la durée des épidémies de rouget en Allemagne, par DENPSER. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 2 et 3.)

## S

**Salive.** — Note historique et critique sur la glande sous-maxillaire, par LŒWENTHAL. (*Anat. Anzeiger*, XX, 11.) — Un cas de grenouillette congénitale de la glande de Nuhn, par FŒDERL. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 3.) — Tumeurs de la glande sous-maxillaire, par PONSOT. (*Thèse de Lyon.*)

**Sang.** — Recherches zoologiques et biologiques sur les parasites endoglobulaires du sang des vertébrés, par A. LABBÉ. (*Arch. de Zool. exp.*, II, p. 55.) — Sur la contractilité des corpuscules rouges du sang des mammifères, par A. CAVAZZANI. (*Arch. ital. de biol.*, XXII, 1.) — Variation des gaz du sang chez la marmotte pendant l'hibernation, en état de veille et en état de torpeur, par DUBOIS. (*Soc. de biol.*, 22 décembre.) — Les gaz du sang, étude expérimentale, par GRÉHANT. (In-8°, *Paris.*) — Quelques mots sur les phénomènes de karyokynèse dans les corpuscules rouges, par MOSER. (*Medical Record*, 20 octobre.) — Chimiotaxie et susceptibilité tactile des leucocytes, par WORONIN. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 24.) — Variations morphologiques du sang sous l'influence du réchauffement, par MESSAROCHE. (*Vratch*, 27 octobre.) — Modifications physio-pathologiques des plaquettes du sang dans les changements de température, par PIZZINI. (*Riforma med.*, 7 mai.) — De l'influence des troubles circulatoires locaux sur la constitution morphologique du sang, par OMELIANSKY. (*Arch. des sc. biol. Saint-Pétersbourg*, III, 2.) — Sur l'explication de la richesse en globules et en hémoglobine du sang des animaux vivant à de grandes altitudes, par SELLIER. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 21 octobre.) — Sur le pouvoir oxydant du sang et des organes, par ABELOUS et BIARNÉS. (*Soc. de biol.*, 15 décembre,

et *Arch. de phys.*, VII, 1.) — Nouvelle méthode de précipitation fractionnée des albuminoïdes du sérum sanguin à l'aide d'alcool, par W. Engel. (*Arch f. Hyg.*, XX.) — Sur différents procédés pour rendre le sang incoagulable par Contejean. (*Soc. de biol.*, 22 décembre.) — Sur les injections intraveineuses de peptone et leur influence sur la coagulabilité du sang chez le chien, par Contejean. (*Arch. de phys.*, VII, 1.) — Recherches nouvelles sur le pouvoir microbicide du sérum et tentatives de guérison de l'infection diplococcique par la quinine, par Pasini et Calabrese. (*Gazz. d. ospit.*, XV, 6.) — Recherches expérimentales sur quelques altérations du sang après la saignée, par Viola et Jona. (*Ibid.*, VII, 1.) — Contribution à l'étude de la composition du sang dans l'enfance, par Berggrun. (*Wiener med. Blatter*, 44.) — Quelques cas prouvant la valeur diagnostique de l'examen du sang, par Jackson. (*Boston med. journ.*, 27 décembre.) — Nouveau procédé d'estimation de l'alcalescence du sang, par Schultz-Schultzenstein. (*Cent. f. med. Wiss.*, 17 novembre.) — De l'alcalescence relative du sang dans les maladies, par Lœwy. (*Ibid.*, 10 novembre.) — Nouvel appareil pour récolter le sérum du sang, par Sclavo. (*Riv. d'igiene*, V, 20.) — Sur les changements du sang dans quelques affections hépatiques, par G. Vlaieff. (*Vratch*, 24 novembre.) — Examen du sang dans 46 cas de maladies chroniques, par Loveland. (*Journ. of nerv. dis.*, novembre.) — Les indications de la saignée, par Estève. (*Thèse de Paris.*)

**Sarcome.** — Des sporozoaires du sarcome, par Vedeler. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 21.) — Des sporozoaires dans le sarcome, par Clarke. (*Ibid.*, XVI, 20.) — Sarcomatose généralisée aiguë avec fièvre à type intermittent, paralysies faciale et du moteur oculaire, mort, par Schwab. (*Soc. anat. Paris*, 27 octobre.) — Sarcome aponévrotique du bras, par Auvray. (*Ibid.*, 7 décembre.) — Sarcome plexiforme, endothelio-cylindrome, de la région temporale, par Almkvist. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVI, 26.) — Sarcome du rein (3 kilogr.), chez un enfant, par Bérard. (*Lyon méd.*, 11 novembre.)

**Saturnisme.** — Le liseré saturnin, histologie, pathogénie, par Brunelle. (*Bull. méd. du Nord*, 23 novembre.) — Du liseré et des plaques plombiques, par Guyot. (*Arch. de méd. navale*, novembre.) — Du vertige saturnin, par Bitot. (*Arch. clin. Bordeaux*, septembre.) — Mal de Bright et saturnisme, par F. de Grandmaison. (*Méd. moderne*, 18 juillet.) — Un cas de goutte saturnine; effets du plomb sur l'organisme, par Graziani. (*Riforma med.*, 18 septembre.) — Maladies saturnines ; 12 cas chez des ouvriers porcelainiers maniant de la céruse, par Sievers. (*Finska lakar. handlingar*, XXXVI, 12.) — De la glycosurie alimentaire dans la colique saturnine, par Brunelle. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.)

**Scarlatine.** — Statistique sur la scarlatine des récidives et pseudo-récidives, par Hase. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIX, 1.) — Note sur un cas de scarlatine anormale, par Bogdan. (*Bull. soc. méd. de Jassy*, 12.) — Le rhumatisme dans la scarlatine, 117 cas, par Hodges. (*Lancet*, 17 novembre.) — Le traitement de la scarlatine, par Fiessinger. (*Rev. int. de thérap.*, III, 1.)

**Sclérodermie.** — Sclérodermie symétrique à petites plaques, par Respighi. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXIX, 4.) — De la sclérodermie, étude d'après 459 cas, par Lewin et Heller. (*Charité Annalen*, XIX, p. 763.)

**Sclérotique.** — Un cas de sclérite, examen microscopique, par Kostenitch. (*Arch. of opht.*, XXIII, 4.) — Des ruptures de la sclérotique, par Le Gendre. (*Thèse de Bordeaux.*) — Résultats immédiats et tardifs de la suture scléroticale, par Fage. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 510.)

**Scorbut.** — Du scorbut, par Borntraeger. (*Viertelj. f. ger. Med.*, VI, p. 348.)

**Septicémie.** — Septicémie spontanée chez les lapins, par Lambert. (*N.-York pathol. soc.*, 14 novembre.) — Étude des maladies septiques, par Pfister. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 3.)

**Séreuse.** — Des inflammations de la bourse séreuse subiliaque, muscle psoas, par Douzans. (*Thèse de Lyon.*)

**Sérothérapie.** — La sérothérapie dans ses rapports avec la pharmacologie, par Pouchet. (*Progrès médical*, 1er décembre.)

**Serpent.** — Du permanganate de potassium comme antidote de la morsure du serpent à sonnettes, par Maloney. (*Medical Record*, 3 novembre.)

**Spina bifida.** — Spina bifida occulte avec hypertrichose lombaire, par Satli. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Coexistence de spina bifida lombaire avec hypertrichose, de mal perforant et de myosite ossifiante, par Satli. (*Ibid.*, 1er août.) — Sur un cas de spina bifida avec hypertrichose lombaire, par Saalfeld. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVII, 2.) — Un cas de spina bifida, par Seelge. (*Boston med. journ.*, 1er novembre.) — Traitement du spina bifida, par Tédenat. (*Rev. de chir.*, p. 909, novembre.) — Traitement du spina bifida, par Sebileau. (*Gaz. méd. Paris*, 6 octobre.)

**Strabisme.** — Strabisme, son traitement, par Valk. (*N.-York med. j.*, 24 novembre.) — L'importance du maintien de l'amplitude relative de rotation des deux yeux dans les opérations faites sur les muscles oculaires, par Stevens. (*Ann. d'ocul.*, novembre.)

**Sueur.** — De l'action des diverses températures sur la sécrétion sudorale, par Levy-Dorn. (*Zeit. f. klin. Med.* XXVI, 5 et 6.) — Le chloralose dans le traitement des sueurs nocturnes, par J. Sacaze. (*N. Montpellier méd.*, 40, p. 792.)

**Suppuration.** — De l'anaérobiose dans la suppuration, par Lubinski. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 19.) — Étiologie et traitement de la suppuration, par Reichel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 3.) — L'indicanurie dans les suppurations, par Mori. (*Il policlinico*, 1er novembre.) — De la cause des suppurations si fréquentes de fils en chirurgie et du rôle que les fils jouent à cet égard comme corps étrangers, par Dun. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 juillet.)

**Surdi-mutité.** — De la surdi-mutité, par Kerr Love. (*Brit. med. j.*, 24 novembre.) — Statistique de sourds-muets, par Uchermann. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVI, 30.)

**Syphilis.** — Étude critique sur le travail de Fournier sur la syphilis héréditaire, par Rosinski. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXI, 1.) — La loi de Colles est-elle un mythe, par Ogilvie. (*Lancet*, 1er décembre.) — De l'influence de l'hérédo-syphilis sur les avortements et la mortalité infantile, par Richard d'Aulnay. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Le fœtus syphilique peut-il infecter la mère? par K. Szadek. (*Medycyna*, octobre.) — Le mariage des syphilitiques, par Maine (*Medical Record*, 15 décembre.) — Un cas de réinfection syphilitique, par Eraud. (*Lyon méd.*, 9 décembre.) — De la réin-

fection syphilitique, par SCHIRREN. (*Dermat. Zeit.*, II, 1.) — Diagnostic du phagédénisme syphilitique et du phagédénisme scrofuleux, par FOURNIER. (*Union médicale*, 21 août.) — De l'atrophie des follicules clos de la base de la langue comme signe de syphilis, par LEWIN. (*Berl. klin. Woch.*, 9 juillet.) — Chancre syphilitique géant, 6 centimètres, par DU CASTEL. (*Ann. de dermat.*, V, 12, p. 1369.) — Chancres syphilitiques simultanés de la paupière et du menton, par EUDLITZ et TERSON. (*Ibid.*, p. 1371.) — Chancres syphilitiques multiples consécutifs au tatouage, par CHEINISSE. (*Ibid.*, VI, 1.) — Du lymphome gommeux, par GUTTMANN. (*Deut. med. Woch.*, 22 novembre.) — La folie syphilitique, par MOREL-LAVALLÉE. (*Rev. int. de thérap.*, II, 20.) — Symptômes mentaux de la syphilis cérébrale, par NORBURY. (*Mississipi valley med. Assoc.*, 20 novembre.) — De la syphilis médullaire, par GANGITANO. (*Arch. ital. di clin. med.*, 3.) — La syphilis médullaire, par SOTTAS. (*Gaz. des hôp.*, 22 décembre.) — Étude de la syphilis médullaire, par BOETTIGER. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVI, 3.) — Syphilis de la moelle, par SMITH. (*Hunterian soc.*, 14 nov.) — Des localisations médullaires de la syphilis et en particulier de la méningo-myélite, par LAMY. (*Arch. de neurol.*, décembre.) — Un cas d'ataxie locomotrice à marche rapide chez un syphilitique, guérie par le traitement mercurio-ioduré, par JACOBS. (*Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, p. 127; avril.) — Sur la syphilis oculaire héréditaire, par GALEZOWSKI. (*Soc. franc. de dermat.*, 15 nov.) — Recherches statistiques sur la syphilis de l'œil, par TALBOT. (*Thèse de Bordeaux.*) — Papules syphilitiques de la conjonctive, par STAELIN. (*Monats. f. prakt. Derm.* XX, 1.) — Des affections syphilitiques des yeux, par SILEX. (*Dermat. Zeit.*, II, 2.) — Chancre induré du lobule de l'oreille, par ROCHON. (*Méd. moderne*, 21 juillet.) — Des surdités syphilitiques, par HERMET. (*Soc. franç. de dermat.*, 13 décembre.) — Le chancre labial et son diagnostic avec l'épithélioma de la lèvre, par FOURNIER. (*France méd.*, 30 novembre.) — Le chancre syphilitique de la langue, par A. FOURNIER. (*Gaz. Méd. Paris*, 22 décembre.) — Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire, par MENDEL. (*Soc. franç. de dermat.*, 15 novembre.) — Des manifestations de la syphilis sur les voies aériennes supérieures, par GERBER. (*Dermat. Zeit.*, II, 2.) — Syphilis et catarrhe du sommet, par STRAIGHT. (*Med. News*, 1er décembre.) — De la syphilis hépatique, ictère grave à la période secondaire, par GALLOT. (*Thèse de Lyon.*) — Ictère grave mortel à la période secondaire de la syphilis, par ROQUE et DEVIC. (*Cong. de méd. Lyon*, octobre.) — De l'ictère aux premiers stades de la syphilis, par JOSEPH. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 3.) — Syphilis et diabète, par DUBOIS-HAVENITH. (*La policl. Bruxelles*, 15 novembre.) — Néphrite syphilitique précoce, par PORTE. (*Dauphiné méd.*, 1er décembre.) — Syphilis rénale congénitale, par MASSALONGO. (*Ann. de dermat.*, V, 10.) — De la syphilis osseuse et articulaire, par BERG. (*St-Petersburg. med. Woch.*, 12 novembre.) — Syphilome post-articulaire de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, traitement par l'évidement osseux avec arthrotomie de nécessité, guérison rapide et définitive, résultats éloignés, par ALBERTIN. (*Province méd.*, 20 octobre.) — Affection articulaire multiple d'origine syphilitique, par BOWLBY. (*Med. chir. Trans.*, LXXVII, p. 43.) — De l'onyxis et du périonyxis syphilitiques, par COULOUMA. (*Nouv. Montpellier méd.*, 29 décembre.) — Syphilome ano-rectal, par VERNEUIL. (*Bull. Acad. Méd.*, 4 décembre.) — Éruption zostériforme dans le cours de la syphilis, par JULLIEN. (*Soc. franç. de dermat.*, 15 novembre.) — Psoriasis et syphilide papuleuse, par RENAULT. (*Ibid.*, 15 novembre.) — Exanthème syphilitique avec cicatrice chéloïdienne, par PERONI et BOVERO. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVII, 11 et 12.) — Acné simple syphilitique étudié au point de vue bactériologique, par G. BURLANDO. (*Morgagni*, avril.) — Note sur la leucomélanodermie syphilitique; symétrie des troubles de la pigmen-

tation, par Legrain. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.) — L'excision du chancre syphilitique, par King. (*Americ. Assoc. of gen. urin. surg.*, 29 mai.) — Étiologie de la syphilis tertiaire, influence du traitement mercuriel sur le développement des accidents tertiaires, par V. Marschalko. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 2.) — Notes pratiques sur le traitement des maladies vénériennes, par Turner. (*Practitioner*, décembre.) — Quand doit-on commencer le traitement de la syphilis? par Neumann. (*Wiener med. Woch.*, 3 novembre.) — Stratégie thérapeutique dans le traitement de la syphilis, par Mauriac. (*Journ. des praticiens*, 17 novembre.) — De la sérothérapie dans la syphilis, par Pellizzari. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXIX, 3.) — De quelques méthodes de traitement de la syphilis, en particulier des injections de succinimide hydrargyrique, par Vollert. (*Therap. Monats.*, no vembre.) — Des injections intra-veineuses de sublimé, par Uhma. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 2.) — Application du savon au calomel dans le traitement de la syphilis, par Watraszewski. (*Przegl. lek.*, septembre.) — Le nitrate d'argent et la syphilis, par Gowers. (*Brit. med. j.*, 1er décembre.)

## T

**Teigne.** — Sur la pluralité du favus, par Bodin. (*Ann. de dermat.*, V, 11.) — Des affections tricophytiques du cuir chevelu, par Thibierge. (*Ann. de méd.*, 26 décembre.) — Sur une tricophytie du cuir chevelu chez un garçon de 16 ans et demi, par Tailhefer. (*Mercredi méd.*, 18 juillet.) — De la teigne dans les écoles, par Deshayes. (*Revue d'hyg.*, mai.) — Le traitement des teigneux à Paris, par H. Feulard. (*Ibid.*, XVI, 6, p. 510.)

**Température.** — Sur l'influence des centres nerveux sur la thermogénèse, par Dubois. (*Soc. de biol.*, 8 décembre.) — Sur la cause de la mort et les lésions organiques des lapins dont on a surchauffé les oreilles, par H. Markusfeld et J. Steinhaus. (*Gaz. lek.*, octobre.) — Calorimètre animal, par J.-S. Haldame, Hale White et J.-V. Washbourne. (*Journal of Physiology*, XVI, p. 123.) — Sur quelques causes d'erreurs dans l'étude des effets thermiques immédiats des substances toxiques, par Fraenkel. (*Soc. de biol.*, 24 novembre.) — La réponse du poulet, avant et après l'incubation, aux changements externes de température, par Pembrey et Warren. (*Journ. of phys.*, XVII, 5, p. 331.)

**Tendon.** — Observation de section traumatique du tendon d'Achille, par Mesny. (*Arch. de méd. nav.*, décembre.) — De la ténorraphie dans les synovites fongueuses tendineuses, par Buisson. (*Thèse de Lyon.*)

**Ténia.** — Du ténia de Brandt par Cholodkowsky. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 23. — Etude de l'anémie bothriocéphalique, par Schaumann. (In-8° 214 p., *Berlin.*) — Les ténias, par Potain. (*Union médicale*, 30 août.)

**Testicule.** — Testicule surnuméraire, par Lane. (*London clin. Soc.*, 23 novembre.) — De l'hydrocèle et de ses traitements, par Fonvieile. (*Thèse de Paris.*) — Des tumeurs de la tunique vaginale, par Karewski. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 3.) — Traitement chirurgical du varicocèle, par Las-

TARIA. (*Giorn. int. sc. med.*, 15.) — Des grands kystes du cordon spermatique, par STRAFFORELLI. (*Thèse de Paris.*) — Tumeur mixte de la tunique vaginale et du cordon spermatique, par KAREWSKI. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 juillet.) — Sarcome du testicule, par ADLER. (*Ibid.*) — Cystodénome du testicule avec métastases pulmonaires kystiques, par ADLER. (*Ibid.*) — Des kystes séreux sous-épididymaires, par DENUCÉ. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 décembre.) — De l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë, par M. CHERKI. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas d'orchite par effort, par Ant. D'HAENENS. (*La policl. Bruxelles*, 1er novembre.) — Atrophie du testicule droit consécutive à une contusion, orchite traumatique, par MONOD. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 560.) — Quelques observations d'inflammation chronique des vésicules séminales ; relation de 4 cas, par THOMPSON. (*Boston med. Journal*, 1er novembre.) — Un cas d'aspermatisme temporaire, par WINTER. (*Wiener med. Presse*, 28 octobre.) — Recherches sur l'atrophie du testicule en ectopie, par STILLING. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XV, p. 337.) — Tumeur complexe du testicule kystique, purulente, sarcomateuse et osseuse, par BRINDEL. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 mars.) — Sarcome du testicule, par MORTON. (*Brit. med. j.*, 3 novembre.) — Testicule enlevé par arrachement, par Van DE WIELE. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, novembre.) — De la haute castration chez l'homme (évulsion du cordon spermatique, par von BÜNGNER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 812, 27 août.)

**Tétanie.** — De quelques formes rares de tétanie, par BLAZICEK. (*Wiener klin. Woch.*, 1er novembre.)

**Tétanos.** — Biologie du bacille tétanique, par RIGHI. (*Riforma med.*, 4 septembre.) — Recherches sur le bacille de Nicolaïer, par GRIXONI. (*Ibid.*, 10 septembre.) — Recherches sur la nature du poison tétanique, par Ludwig BRIEGER et Georges COHN. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XV, et *Hyg. Rundsch.*, IV, n° 16, p. 744.) — Effets de la lumière solaire sur les cultures tétaniques, par WESBROOK. (*Journ. of path. and bact.*, III, 1.) — Nouvelles recherches sur la vaccination du cheval contre le tétanos, par G. TIZZONI et G. CATTANI. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 août.) — L'antitoxine du tétanos détruit-elle le poison de cette maladie? par FEDOROFF. (*Cent. f. Bakt.*, 25 sep tembre.) — Du tétanos, par THIRIAR. (*Gaz. hebd. Paris*, 29 septembre.) — Tétanos puerpéral, par MAXWELL. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 août.) — Traitement du tétanos d'après les plus récents travaux sur la pathogénie, par RICHON. (*Thèse de Lyon.*) — Tétanos céphalique à la suite de plaie d'un doigt, amputation après l'apparition du trismus, mort, par LARGER. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 772.) — Sur un cas de tétanos traité par l'antitoxine ; remarques sur les échanges nutritifs dans le tétanos, par E. SCHWARZ. (*Wiener med. Woch.*, 1er décembre.) — Tétanos traité par l'antitoxine, par PARKER. (*Liverpool med. institution*, 15 novembre.)

**Thérapeutique.** — Memento-formulaire des médicaments nouveaux, par SOULIER. (In-8°, 23 p., *Paris.*) — Sur les rapports qui existent dans les préparations médicamenteuses entre leur constitution chimique et leur action physiologique, par E. LUDWIG. (*Wiener med. Woch.*, 17 et 24 novembre.) — De la papaïne et de son emploi comme digestif, par HIRSCH. (*Therap. Monats.*, décembre.) — De l'action physiologique et thérapeutique des sels d'orexine, par BATTISTINI. (*Ibid.*, décembre.) — L'huile de foie de morue, par MOURIEU. (*Presse méd.*, 29 décembre.) — Effets antithermiques des badigeonnages de gaïacol, par PEREIRA. (*Soc. de thérap.*, 24 octobre.) — Action antipyrétique des badigeonnages de gaïacol, par HASENFELD. (*Pester med. chir. Presse*, 40.) — L'usage de l'antipyrine à hautes doses, par Mc

Call Anderson. (*Brit. med. j.*, 1er décembre.) — De la valeur thérapeutique de la migrainine, par Weiss. (*Wiener med. Blätter*, 40.) — Efficacité de la migrainine d'Overlach (composé d'antipyrine, caféine et acide citrique), par Ewald. (*Berl. klin. Woch.*, 21 mai.) — Des injections hypodermiques de chlorhydrate de phenocolle, par da Sacco. (*Riforma med.*, 31 octobre.) — Le trional comme médicament hypnotique, par L. Stieglitz. (*Morgagni*, mai.) — Sur le trional, par F. Venanzio. (*Ibid.*, juin.) — Des propriétés antisudorales de la picrotoxine, par Semmola et Gioffredi. (*Riforma med.*, 29 décembre.) — Emploi thérapeutique de l'hexa-méthylentétramine, par Nicolaier. (*Cent. f. med. Wiss.*, 22 décembre.) — Sur l'action thérapeutique de l'asaprol. (*Bull. de thér.*, 30 décembre.) — De l'emploi thérapeutique de la lanoline et du suint, par Rothmann. — Idem, par Saalfeld. (*Berl. klin Woch.*, 12 mars et 9 juillet.) — Sur l'action physiologique et thérapeutique des iodures, par Henrijean et Corin. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, VIII, 11.) — Le borisme ou les accidents de la médication par le borax, par Féré. (*Semaine méd.*, 3 novembre.) — Action thérapeutique du permanganate de potassium, par Jones. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 27 octobre.) — Antiseptiques intestinaux et sulfates aromatiques, par Wesener. (*N. York med. j.*, 3 novembre.) — Expériences nouvelles sur les divers insecticides, par Perroncito. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVII, 11 et 12.) — Quelques applications externes du salicylate de bismuth, par Ingria. (*Morgagni*, octobre.) — Des rapports de la constitution chimique et de l'action physiologique des préparations arsenicales, par Ludwig. (*Wiener med. Blätter*, 44.)

**Thorax.** — Arrêts de développement des parois thoraciques avec pointe de hernie du poumon, par Sabrazès. (*Rev. de méd.*, novembre.) — Sur les difformités congénitales du thorax, par Haynes. (*American medic. surg. Bulletin*, novembre.) — Du son de percussion du thorax, par Castex. (*Soc. de biol.*, 17 novembre et *Arch. de phys.*, VII, 1.)

**Thrombose.** — Sur un cas de thrombose cardiaque, par Rispal. (*Gaz. des hôp.*, 20 décembre.) — Sur la thrombose, par Cutter. (*Journal Americ. med. Ass.*, 29 décembre.) — Thrombose veineuse et gangrène, par L. Galliard. (*Méd. moderne*, 11 juillet.) — Sur le traitement chirurgical de la thrombose du sinus transverse et de la veine jugulaire, par Herczel. (*Wiener med. Woch.*, 17 novembre.)

**Thymus.** — Epithélioma pavimenteux lobulé à globes épidermiques à point de départ thymique, envahissement du péricarde, par Vermorel et Thiroloix. (*Soc. anat. Paris*, 26 octobre.)

**Thyroïde.** — Glande thyroïde accessoire proéminant dans la bouche, par Mc Ilraith. (*Brit. med. j.*, 1er décembre.) — Thyroïde accessoire à la base de la langue, par Galisch. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 5 et 6.) — Etude sur les fonctions du corps thyroïde, par Verstraeten et Vanderlinden. (*Mém. cour. de l'Acad. méd. de Belgique*, XIII, 7.) — Quelques résultats de l'ablation de la thyroïde chez les chiens, par Boccardi. (*Riforma med.*, 8 août.) — Des troubles de nutrition et de croissance chez les animaux après l'ablation du corps thyroïde en bas âge, par von Eiselsberg. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 1.) — Etude histologique de la greffe thyroïdienne, par Cristiani. (*Soc. de biol.*, 10 novembre.) — De la greffe thyroïdienne en général et de son évolution histologique en particulier, par Cristiani. (*Arch. de phys.*, VII, 1.) — Quelques lésions anatomiques consécutives à la thyroïdectomie, par Sciolla. (*Gazz. d. osped.*, XV, n° 102.) — De l'extension du goitre dans

les provinces de la mer Baltique, par Zœge v. Manteuffel. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 5 et 6.) — Du goitre dans les Hautes-Alpes, par Jacques. (*Thèse de Lyon.*) — Mort subite par suffocation due à des hémorragies dans un goitre kystique d'ancienne date, par Guhl. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Abcès tuberculeux du corps thyroïde, par E. Schwartz. (*Journal des Praticiens*, 33.) — Adénome du corps thyroïde et thyroïde accessoire kystique, extirpation, par Jones et Thomas. (*Lancet*, 10 novembre.) (*Lancet*, 10 novembre.) — Kyste du corps thyroïde, extirpation, par Thelwall Thomas. (*Brit. med. j.*, 1er décembre.) — Goitre parenchymateux traité par des injections interstitielles de teinture d'iode, par Brunet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 novembre.) — 1° Observation d'énucléation de goitre, procédé de Socin ; 2° traitement du myxœdème ; 3° un entéro-tératome, par Gernet. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 5 et 6.) — De la chirurgie du goitre et de ses conséquences immédiates et éloignées, par de Vlaccos. (In-8°, 50 p., *Paris.*) — Exothyropexie dans un cas de goitre comprimant la trachée, mort par pneumonie infectieuse, par du Bouchet. (*Soc. anat. Paris*, 9 novembre.) — Un cas d'exothyropexie, par Albertin. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 1.) — Indications de l'exothyropexie et contre-indications, par Jaboulay. (*Méd. moderne*, 5 mai.) — De la climatothérapie de la maladie de Basedow, par Glaz. (*Wiener med. Presse*, 2 décembre.) — Etiologie du syndrome de Basedow, par Mignon. (*Thèse de Paris.*) — Sur la coexistence du goitre exophtalmique et de la sclérodermie, par Jeanselme. (*Ass. franç. Congrès de Caen*, août. — Critique de la théorie moderne de la pathogénie de la maladie de Basedow, par Buschan. (*Wiener med. Woch.*, 15 décembre.) — De la maladie de Basedow, par Hitschmann. (*Wiener klin. Woch.*, 6 décembre.) — Deux cas de maladie de Basedow, par E. Perregaux. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er juin.) — Deux cas de thyroïdectomie dans la maladie de Graves, par Booth. (*Americ. neurol. Assoc.*, 30 mai.) — Un cas, par Peterson. (*Ibid.*) — Traitement du goître exophtalmique par la thyroïdectomie, par Briner. (*Beit. z. klin Chir.*, XII, 3.) — Du traitement chirurgical du goitre exophtalmique, par Stéfani. (*Thèse de Lyon.*) — Influence des extraits thyroïdiens sur la nutrition, par Charrin. (*Soc. de biol.*, 29 décembre.) — Sur l'action toxique de l'extrait thyroïdien, par Gley. (*Ibid.*, 22 décembre.) — Emploi thérapeutique du corps thyroïdique, par Lebon. (*Gaz. des hôp.*, 16 août.) — De la médication thyroïdienne au point de vue historique, physiologique et thérapeutique, par Lowitz. (*Thèse de Bordeaux.*) — Le traitement par l'extrait thyroïdien dans les maladies de la peau, par Abraham. (*Hunterian Soc.*, 28 novembre.)

**Trachée.** — Perte de substance ulcéreuse de la paroi postérieure de la trachée, perforation de l'œsophage, pneumonie par pénétration alimentaire, par Moritz. (*Arch. f. Laryng.*, II, 2.) — Des sténoses trachéales consécutives à la trachéotomie, par Pienazek. (*66e réun. des natur. allem. Vienne*, 26 septembre.) — De la résection de la trachée, par Fritz Colley. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 1 et 2.) — Traitement des affections respiratoires par les injections intra-trachéales de glycérine mentholée, par Campbell. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 27 novembre.) — De la méthode ignée dans la trachéotomie, par Castelain. (*Bull. méd. du Nord*, n° 13.)

**Tremblement.** — Tremblement sénile, pathogénie des tremblements, par Rossi. (*Riv. clin. e terap.*, décembre.) — Tremblement et hérédité, par Ch. Achard. (*Méd. moderne*, 27 juin.)

**Trépanation.** — 10 cas de trépanation, par Burns. (*N. York med. j.*, 9 dé-

cembre.) — Trépanation du frontal pour mal de tête chronique, par Hawkes. (*Medical Record*, 25 août.)

**Tuberculose.** — Recherche et coloration du bacille de la tuberculose, par Seiler. (*Schweiz. Woch. f. Chemie*, 28.) — Recherches des bacilles tuberculeux, par E. Czaplewski. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 14, p. 626.) — Recherches des bacilles tuberculeux quand ils sont en petite quantité dans les crachats, par Buttersack. (*Arb. aus d. kais. Gesundh.*, IX.) — Le bacille tuberculeux atténué, immunité contre la tuberculose chez les cochons d'Inde, par de Schweinitz. (*Med. News*, 8 décembre.) — Influence de la lumière solaire sur le bacille tuberculeux, par de Renzi. (*Riv. clin. e terap.*, décembre.) — Sur un cas de pseudo-tuberculose du cobaye, par Wurtz. (*Arch. de méd. exp.*, VI, 6.) — Sur quelques modes peu connus de la contagion de la tuberculose par la voie buccale, par Petit. (*Rev. de la tuberc.*, octobre.) — Sur la propagation de la tuberculose par les voyages en chemins de fer, par Prausnitz. (*Ibid.*, octobre.) — Trèves et guérison de la tuberculose pulmonaire chez les vieillards, par Sarda et Vires. (*Ibid.*, juillet.) — La tuberculose pulmonaire chez le vieillard, par Potain. (*Bull. méd.*, 5 décembre.) — Influence de l'hérédité dans la phtisie, par Squire. (*Royal med. and chir. Soc.*, 11 décembre.) — Contribution à l'étude de l'étiologie de la tuberculose, par King. (*Medical Record*, 24 novembre.) — Etiologie et prophylaxie de la tuberculose, par Bottome. (*Ibid.*, 8 décembre.) — Etiologie de la tuberculose, par Ch. Deshayes. (*Normandie méd.*, 15 novembre.) — Relations possibles entre la diathèse tuberculeuse et le métabolisme nitrogène, par Dixon. (*Therap. Gaz.*, 15 décembre.) — De l'existence de la tuberculose pulmonaire dans les pays chauds, par Hirschfeld. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIII, p. 457.) — La tuberculose dans la race jaune, par Martin. (*Rev. scientif.*, 17 novembre.) — Les rapports entre la tuberculose et la diphtérie, par Revilliod. (*Rev. de la tuberc.*, octobre.) — Diagnostic et prophylaxie de la tuberculose bovine, par Winchester. (*Boston med. Journal*, 29 novembre.) — Sur la tuberculose bovine, par Austin Peters. (*Ibid.*, 29 novembre.) — La virulence des viandes tuberculeuses, par Leclainche. (*Rev. de la tuberc.*, juillet.) — De la tuberculose placentaire de la vache et de ses rapports avec la tuberculose fœtale du veau, par Kockel et Lungwitz. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XVI, p. 294.) — Sur la valeur diagnostique de la tuberculine et sur l'emploi qu'on en fait pour combattre la tuberculose bovine, par Bang. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVI, 32.) — La tuberculose du placenta humain et ses rapports avec l'infection congénitale avec la tuberculose, par Schmorl et Kockel. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XVI, p. 313.) — Nécroses viscérales multiples dans la tuberculose humaine aiguë et subaiguë, par Leredde. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 1.) — Sur les altérations histologiques du foie chez les animaux tuberculeux, par Cadiot et Gilbert. (*Soc. de biol.*, 15 décembre.) — Séquestre ischémique du poumon dans les crachats d'un tuberculeux en voie de guérison, par Krœnig. (*Berlin. klin Woch.*, 11 juin.) — Tuberculose généralisée d'origine génitale, guérison; dégénérescence amyloïde des viscères, mort, par Lemière. (*Journ. sc. méd. Lille*, 26 mai, et *Arch. de tocol.*, janvier 1895.) — Sur le rôle des hyperémies et phlegmasies broncho-pulmonaires et pleurales dans l'évolution des lésions tuberculeuses des poumons, par Schneider. (*Thèse de Lyon.*) — La dyspepsie chez les tuberculeux, par Harris. (*Lancet*, 10 novembre.) — Des troubles nerveux périphériques qui surviennent dans le cours de la tuberculose pulmonaire et de leur pathogénie, par Carrière. (*Thèse de Bordeaux.*) — Granulie avec microsplénie, par Gouget. (*Soc. anat. Paris*, 9 novembre.) — Tuberculose pulmonaire à bacilles atténués, méthode de pronostic expérimental, par Denis. (*Thèse de Lyon.*) —

Du pneumothorax prolongé chez les tuberculeux, par Bricage. (*Thèse de Lyon.*) — De la tuberculose primitive de l'intestin, par Behrens. (*Thèse de Berlin.*) — Le traitement moderne de la tuberculose pulmonaire, des méthodes physiques et diététiques, par F. Wolff, préface de Curchsmann. (In-8°, 187 pages, *Wiesbaden.*) — De l'hospitalisation des tuberculeux, par Mœller. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, VIII, 8.) — Tuberculose, prophylaxie alimentaire, par Moreau. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de la consomption, par Page. (*Medical Record*, 20 octobre.) — L'institut Viquerat et le traitement de la tuberculose, par Teutsch. (*Progrès médical*, 6 octobre.) — Sur les désinfections des crachats et des cultures tuberculeuses par les solutions alcalines de goudron et de vinaigre de bois, par Goriansky. (*Arch. des sc. biol. St-Petersbourg*, III, 2.) — Emploi de l'extrait de foie, de la glycémie et de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par Russell. (*N. York med. j.*, 22 décembre.) — 3 cas de tuberculose pulmonaire traités par le cantharidate de potasse, par Petterutti. (*Il policlinico*, 1er novembre.) — Traitement de la tuberculose par le carbonate de créosote, par Greif. (*Deut. med. Woch.*, 27 décembre.) — Traitement et guérison possible de la granulie par des badigeonnages de gaïacol, par Bosc. (*Nouv. Montpellier méd.*, 22 décembre.) — Badigeonnages de gaïacol dans la tuberculose, par Solis-Cohen. (*Med. News*, 24 novembre.) — Le gaïacol en badigeonnages dans la tuberculose pulmonaire, par de Renzi. (*Riv. clin. e terap.*, novembre.) — Action du fluorure de sodium dans la tuberculose infantile, par Bourgois. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, VIII, 11.) — Le peptomanganèse contre l'anémie de la tuberculose, par von Ruck. (*N. York med. j.*, 15 décembre.) — Traitement de la tuberculose par la nucléine, par Vaughan. (*Med. News*, 15 décembre.) — L'oxygène et le chlorure de sodium dans la scrofule et la tuberculose, par Galopin. (*Thèse de Paris.*) — Hydrothérapie dans la tuberculose pulmonaire, par v. Ruck. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.) — Des généralisations tuberculeuses après intervention chirurgicale sur des foyers tuberculeux, par Depage et Gallet. (*Rev. de la tuberc.*, octobre.) — De la tuberculose cutanée, par Doutrelepont. (*Arch. f. Dermat.*, XXIX, 2.) — Tuberculose cutanée, par Wickham. (*Ann. de dermat.*, V, 12, p. 1366.) — De la tuberculose de l'omoplate, par Morel. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de la tuberculose ostéo-articulaire, par Neuber. (*Arch. f. klin Chir.*, XLIX, 1.) — Traitement de la tuberculose génitale par les injections de chlorure de zinc, par Desnos. (*France méd.*, 7 décembre.)

**Tumeur.** — De l'origine traumatique des tumeurs, par Lœwenthal. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 1.) — Sur la présence et le mode de répartition du glycogène dans les tumeurs, par Brault. (*Acad. des sc.*, 5 novembre et *Soc. anat. Paris*, 9 novembre.)

**Typhoïde.** — Distinction du bacille typhique et du bacille coli, par Marpmann. (*Cent. f. Bakter.*, XVI, 20.) — Nouveaux faits relatifs à l'impossibilité d'isoler par les méthodes actuelles le bacille typhique en présence du bacterium coli, par Nicolle. (*Ann. Inst. Pasteur*, VIII, 12.) — Sur la dissémination du bacille typhique, par Duke. (*N. York med. j.*, 10 novembre.) — De l'identité du bacille typhique, par E. Jordan. (*Journal Americ. med. Ass.*, 22 décembre.) — Recherches sur le bacille d'Eberth-Gaffky ; caractères distinctifs, procédés pour le retrouver dans les eaux potables, par Remy et Sugg. (*Ann. Soc. de méd. Gand*, p. 11, 1893.) — Sur les conditions de propagation de la fièvre typhoïde, du choléra et du typhus exanthématique, par Renard. (*Acad. des sc.*, 31 décembre.) — La dissémination de la fièvre typhoïde dans les grandes villes et ses rapports avec l'eau de boisson, par

Drasche. (*Wiener med. Blätter*, 37.) — Sur l'épidémie récente de typhoïde à Windsor, par Brewster. (*Medical Record*, 24 novembre.) — Sur l'épidémie récente de fièvre typhoïde à Montclair, par Horton. (*Ibid.*, 24 novembre.) — Sur une épidémie de fièvre typhoïde provoquée par des huîtres à la Wesleyan University, par Conn. (*Ibid.*, 15 décembre.) — Etat des globules blancs dans la fièvre typhoïde. par Aporti et Radacli. (*Arch. ital. di clin med.*, 3.) — Fièvre typhoïde avortée et apyrétique, par Fisk. (*Med. News*, 3 novembre.) — Des manifestations locales de la fièvre typhoïde, par Fernet. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 octobre.) — Sur les complications cardiaques de la fièvre typhoïde, par Huchard. (*Ibid.*, 27 juillet.) — Des infections pyogéniques exagérées au cours de la fièvre typhoïde, par Chauffard. (*Ibid.*, 16 novembre.) — Début de la fièvre typhoïde, par Hanot. (*Semaine méd.*, 7 novembre.) — Sur un cas de fièvre typhoïde, par Jaccoud. (*Union médicale*, 13 décembre.) — Les hémorragies dans la fièvre typhoïde, par Achard. (*Ibid.*, 27 septembre.) — Le typhoïd-spine et les névroses post-typhiques, par Romme. (*Gaz. hebd. Paris*, 24 novembre.) — Fièvre typhoïde d'un caractère virulent, communiquée par la respiration, par Williams. (*Brit. med. j.*, 15 décembre.) — Des décès par fièvre typhoïde suivant les sexes et suivant les âges, par Lausies. (*Normandie méd.*, 1er octobre.) — Traitement du délire, de la céphalalgie et de l'insomnie chez les typhiques, par Le Gendre. (*Bull. gén. de thér.*, 30 novembre.) — Sur les complications oculaires dans les processus typhiques, par E.-V. Adamük. (*Vratch*, 22 septembre.) — De la vitalité du bacille typhique dans les foyers d'ostéite, par Buschke. (*Forts. d. Med.*, XII, 15.) — De l'ostéomyélite consécutive à la fièvre typhoïde, par Dupont. (*Thèse de Paris.*) — Un cas d'abcès périarticulaire provoqué par le bacille typhoïdique, par Swiezynski. (*Cent. f. Bakt.*, XVI, 19.) — Traitement de la fièvre typhoïde, par Dulles. (*Med. News*, 15 décembre.) — 3 cas de fièvre typhoïde traités par la solution de chlorine, par Kerr. (*Ibid.*, 22 décembre.) — De la parésie intestinale des typhoïdiques et de son traitement par les courants continus, par Fernet et Henri Martin. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 décembre.) — Quelques points de traitement actuel de la fièvre typhoïde, par Shattuck. (*Boston med. Journal*, 20 décembre.) — Traitement de la fièvre typhoïde par les badigeonnages de gaïacol, par Montagnon. (*Loire méd.*, 15 décembre.) — Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids dans les hôpitaux et à la campagne, par Glénard. (*Lyon méd.*, 4 novembre.) — Sérothérapie : inoculation du sérum dans la fièvre typhoïde, par Girard. (*Journal Americ. med. Ass.*, 27 octobre.) — Laparotomie pour péritonite par ulcération typhique, résection partielle de l'intestin, guérison, par Ferraresi. (*Soc. lancisiana osp. Roma*, 22 décembre.) — Laparotomie et résection de l'intestin pour perforation dans le cours de la fièvre typhoïde, par Netschajew et Trojanow. (*St-Petersb. med. Woch.*, 36.)

**Typhus.** — Le typhus exanthématique chez le vieillard, par Combemale. (*Bull. méd. du Nord*, 14 décembre.) — Relation de l'épidémie de typhus exanthématique qui a sévi à Beyrouth en 1895, par de Brun. (*Rev. de méd.*, novembre.) — Contribution à l'histoire du typhus d'après les documents fournis par l'épidémie du département de la Seine en 1893, par Thoinot et Dubief. (*Ibid.*) — Sur une épidémie de typhus observée à l'Hôtel-Dieu de Soissons, par Vilcoq et Woimant. (*Ibid.*) — De la valeur des cultures avec la formaline pour le diagnostic différentiel du bacille du typhus, par Abel. (*Cent. f. Bakter.*, XVI, 25.) — Sur les troubles médullaires consécutifs au typhus, par S. Jerzykowski. (*Now. lek.*, octobre.) — Deux cas d'érysipèle typhique et un cas de spléno-typhus, par Silvestrini. (*Riforma med.*, 24 août.) — Les septicémies typhiques et les infections pseudo-typhiques, par Banti.

(*Ibid.*, septembre.) — Circulaire ministérielle relative aux mesures prophylactiques contre le typhus. (*Ann. d'hyg. publ.*)

## U

**Ulcère.** — Sur le clou de Biskra, par Auché et Le Dantec. (*Arch. clin. Bordeaux*, octobre.) — L'ulcère de Bednar, par Dall'Acqua. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXIX, 4.) — Nouveau procédé de traitement des ulcères variqueux, par Moreschi. (*Riforma med.*, 26 novembre.) — Traitement des ulcères variqueux par les plaques métalliques et la compression, par Ascornet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Note sur le traitement des ulcères de jambe par le pansement de Unna, par G. Etienne. (*Revue médicale de l'Est*, 1er août.)

**Urémie.** — De l'hyperthermie dans l'urémie, par Courdoux. (*Thèse de Paris.*)

**Urètre.** — Les glandes de l'urètre, étude clinique et pathologique, par Reliquet et Guépin. (In-8°, 240 p., *Paris.*) — Note sur la topographie de l'urètre fixe étudiée sur des coupes de sujets congelés, par Testut. (*France méd.*, 27 juillet.) — Prolapsus extrême de l'urètre chez une fille de 6 ans, par Bryant. (*Med. Chir. Trans.*, LXXVII, p. 247.) — Un cas d'épispadias chez la femme, par Petren. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVI, 31.) — Deux observations d'épispadias, par Atgier. (*Bull. Soc. méd. Angers*, XXII, 2e semestre, p. 78.) — Traitement de l'épispadias chez la femme et de l'hypospadias chez l'homme, par Makins. (*Lancet*, 17 novembre.) — 4 cas de prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme, par Cuzzi et Resinelli. (*Morgagni*, décembre.) — Un cas de triple imperforation de l'urètre chez un nouveau-né, par Hervéou et Lautier. (*Bull. Soc. des sc. de l'Ouest*, III, 4.) — Un cas de fistule urétro-vulvaire par urétrite proliférante, par Verchère. (*Rev. int. de thérap.*, III, 1.) — De la nature parasitaire de l'urétrite chronique vésicale, par Pisenti. (*Cent. f. allg. Path.*, 15.) — Rétrécissements de l'urètre, par Lydston. (In-8°, 334 p., *Chicago.*) — Rétrécissement infranchissable de l'urètre, par Leroy. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 novembre.) — De la rétention aiguë d'urine dans les rétrécissements de l'urètre. Pathogénie et traitement, par Bazy. (*Union méd.*, 6 septembre.) — Contribution à l'étude des causes des rétrécissements urétraux, par Getz. (*Med. Record*, 10 novembre.) — Sur un procédé opératoire des rétrécissements cicatriciels de l'urètre, par Audry. (*Midi méd.*, 21 octobre.) — Du cathétérisme rétrograde dans les rétrécissements infranchissables de l'urètre, par Sonnenburg. (*Berl. klin. Woch.*, 26 fév.) — Traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse linéaire, par Mardrus. (*Thèse de Paris.*) — De l'urétrostomie périnéale ou création méthodique d'un méat contre nature dans les rétrécissements incurables de l'urètre, par A. Poncet. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 2.) — De la cystostomie sus-pubienne temporaire appliquée au traitement des rétrécissements compliqués de l'urètre, par Poullain. (*Thèse de Lyon.*) — Rétrécissement traumatique de l'urètre, urétrotomie externe, taille hypogastrique, cathétérisme rétrograde, suture de la vessie, par Dayot fils

(*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, III, 4.) — Indications du cathétérisme rétrograde de l'urètre, par Estor. (*Nouv. Montpellier méd.*, 17 novembre.) — Curabilité du cancer de l'urètre, par Rupprecht. (*Cent. f. Chir.*, 17 novembre, et *Rev. int. de thérap.*, 13 décembre.) — Epithélioma primitif de l'urètre, émasculation totale, par Albarran. (*Gaz. des hôp.*, 15 novembre.) — Traitement des chancres de l'urètre, par Clark. (*Boston med. Journ.*, 20 décembre.) — Nouvelle seringue pour lavages de l'urètre, par Manganotti. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXIX, 4.) — Des nouveaux instruments électro-urétroscopiques et de quelques autres appareils destinés au traitement des voies urinaires, par Kollmann. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, novembre.)

**Urinaires (Voies).** — Lithiase urinaire expérimentale, par de Rouville. (*Nouv. Montpellier méd.*, 8 décembre.) — Du bacille pathogène habituel de l'infection urinaire, bacterium coli, par Krogius. (*Cent. f. Bakt.*. XVI, 24.) — Remarques sur ce travail, par Nicolaier. (*Ibid.*) — Production expérimentale d'inflammations crytogénétiques des voies urinaires, par C. Posner et Arth. Lewin. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 742, 6 août.) — De la rétention d'urine post-traumatique, par Filaudeau. (*Thèse de Paris.*) — Lésions de l'accommodation comme cause d'incontinence nocturne d'urine, par Gould. (*Med. News*, 15 déc.)—De la polyurie essentielle, de ses rapports avec la tuberculose, par Coccoz. (*Thèse de Lyon.*) — Tuberculose uro-génitale chez l'homme, par Porter. (*Annals of surg.*, octobre.) — Urinal applicable aux malades atteints de fistule urinaire hypogastrique, par Loumeau. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 665.)

**Urine.** — Théorie de la sécrétion urinaire, par Koranyi et Fisch. (*Cent. f. med. Wiss.*, p. 450.) — Nouvelle technique pour l'examen des sédiments urinaires, par Pollaci. (*Riforma med.*, 24 décembre.) — De la valeur de l'atténuation de l'urine dans la recherche de l'albumine, du sucre et des pigments biliaires, par Zeehuisen. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 1 et 2.) — Des relations des acides lévuliques avec l'acétonurie, par Weintraud. (*Arch. f. exp. Pathol.*, XXXIV, 5 et 6.) — Protozoaires flagellés dans l'urine, par Dock. (*Med. News*, 22 décembre.) — Hématoporphyrine dans l'urine normale, par Garrod. (*Journ. of phys.*, XVII, 5, p. 349.) — Nouveaux procédés urologiques pour la recherche et pour le dosage du glucose, par Pittarelli. (*Mercredi méd*,, 11 juillet.) — Sur la recherche des pigments biliaires dans l'urine (exposé des méthodes cliniques les plus simples), par A. Létienne. (*Méd. moderne*, 23 juin.) — De l'excrétion d'acide urique et de la leucocytose, par F. Richter. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 3 et 4.) — Contribution à l'étude des cylindres urinaires, par A. Daiber. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er juillet.) — Nouvel appareil pour le dosage de l'urée par l'hypobromite, par Serono. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVIII, 1.) — Le mode de production des spirales de Curschmann et des cylindres urinaires spiralés, par Gerlach. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIII, p. 189.) — De la pigmentation des cristaux d'acide urique déposés dans l'urine, par Garrod. (*Journ. of path. and bact.*, III, 1.) — Procédés optiques pour le dosage de l'albumine et de l'acide urique dans les urines, par Clarency. (*Journ. de pharm.*, 1er décembre.) — Sur la détermination de l'acidité totale dans les urines, par Capranica. (*Arch. ital. de biol.*, XXII, 1.) — La présence d'albumine et de cylindres dans l'urine des joueurs de foot-ball, par Mc Farlane. (*Med. Record*, 22 décembre.) — Recherches expérimentales sur l'excrétion du soufre par l'urine, par Voirin et Lambert. (*Arch. de phys.*, VII, 1.) — Valeur de la pipérazine comme dissolvant des calculs d'acide urique dans l'urine, par

FAWCETT. (*Brit. med. j.*, 22 décembre.) — Un cas de cystinurie, par HALL. (*Quarterly med. j.*, III, 1.) — Toxicité urinaire dans la variole, par AUCHÉ et JONCHÈRES. (*Soc. de biol.*, 29 décembre.) — Sur la toxicité urinaire chez les cancéreux, par GAUDIER et HILT. (*Ibid.*, 22 décembre.)

**Urticaire.** — Urticaire après une ovariotomie, par PENNINO. (*Riforma med.*, 11 septembre.) — De l'étiologie de l'urticaire, par STRAFFORELLO. (*Morgagni*, octobre.) — Urticaire produite par les boissons gazeuses, par LANZ. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er mai.) — De la pilocarpine dans l'urticaire, par Mc DRAYER. (*Med. Record*, 3 novembre.)

**Utérus.** — Artères et veines de l'utérus et de l'ovaire, par SOULIGOUX. (*Soc. anat. Paris*, 23 novembre.) — Distribution et terminaison des nerfs dans la trompe utérine, par JACQUES. (*Bibliog. anat.*, septembre.) — Etude de la caduque, par PALADINO. (*Riforma med.*, 31 octobre.) — Utérus et vagin doubles, par SCHUHL. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er décembre.) — Développement fœtal de l'utérus, de ses muscles en particulier, par ROESGER. — Traitement de la rétroflexion utérine, par WERTH. — Traitement des pyosalpingites, par GRÆFE. — Echinocoque de l'ovaire et du péritoine, par SCHULTZE. — Du prolapsus artificiel pour les fistules élevées, par FRANK. — Action de la formaline, de la migrainine dans les anomalies des organes génitaux, par v. WINCKEL. (*Fetschrift z. Feier des 50e Jubil. der Ges. Gynaek. Berlin*, 419 p.) — Maladies inflammatoires de l'utérus et des annexes, introduction, par POTTER ; histoire clinique, par REED ; étiologie et pathologie, par Mc MURTRY ; diagnostic et pronostic, par ROSS ; traitement, par ROSENWASSER, CARSTENS et PRICE. (*Americ. j. of obst.*, novembre.) — Des métrites hémorragiques, par TROTESSKI. (*Thèse de Paris.*) — Sur le traitement de la métrite catarrhale par le chlorure de zinc, par DZIEMBOWSKI. (*Now. lek.*, novembre.) — Traitement de la métrite par le chlorure de zinc au 10e, par FORT. (*Thèse de Paris.*) — Tuberculose des trompes de Fallope, par PENROSE et BEYEA. (*Americ. j. of med. sc.*, novembre.) — De la dilatation normale et anormale du col de l'utérus, par CHARUEL. (*Thèse de Bordeaux.*) — L'hydrothérapie dans les maladies utérines, par VERRIER. (*France méd.*, 31 août.) — Du tampon intra-utérin, par RANSON. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 20 octobre.) — Dilatation du col utérin et des rétrécissements du vagin par des tubes à drainage, par v. FERNWALD. (*Wiener klin. Woch.*, 15 novembre.) — Atrophie complète de l'utérus après un curetage, par FRITSCH. (*Cent. f. Gynaek.*, 29 décembre.) — Traitement de la rétroflexion par un procédé nouveau, transplantation du péritoine anté-utérin, par CHAPUT. (*Ann. de gyn.*, décembre.) — Méthodes mécaniques et chirurgicales de traitement des rétrodéviations utérines, par CARPENTER. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — Deux années d'expériences sur l'opération d'Alquié-Alexander, par MUNDÉ. (*Med. Record*, 14 juillet.) — Sur l'opération de Freund pour le prolapsus, par SCHRAMM. (*Cent. f. Gynaek.*, 10 novembre.) — La perforation de l'utérus avec la curette et avec les dilatateurs mécaniques, par BATUAUD. (*Rev. méd. chir. des femmes*, 25 décembre.) — Sur le traitement chirurgical des prolapsus utérins, par LEGAL. (*Thèse de Paris.*) — Quelques cas d'hystéropexie, par VAN HASSEL. (*Ann. méd. chir. Belgique*, juillet.) — Accident opératoire au cours d'une hystéropexie vaginale, par JACOBS. (*La policl. Bruxelles*, 15 octobre.) — Kyste hématique à myéloplaxes du ligament large, par PILLIET et THIÉRY. (*Soc. anat. Paris*, 19 octobre.) — Des suppurations péri-utérines post-puerpérales ou post-abortives, leur traitement par l'élytotomie, par SYNÉPHIAS. (*Thèse de Paris.*) — De la suppuration tubaire, opinion, indications, par ROSS. (*Americ. j. of obst.*, novembre.) — Traitement des affections annexielles et purulentes

pelviennes, par Jacobs. (*La policl. Bruxelles*, 15 décembre.) — Du cysto-drainage ou opération de Méry rajeunie, par Peyre. (*Thèse de Paris.*) — Du drainage de la cavité de Douglas, par Boisleux. (*Cent. f. Gynaek.*, 15 décembre.) — Hémato-salpinx énorme, laparotomie exploratrice suivie de l'opération de Péan, guérison, par Chaput. (*Soc. anat. Paris*, 27 oct.) — Hémato-salpinx prévésical, laparotomie, ablation complète, guérison, par Chaput. (*Ibid.*) — De l'hystérectomie vaginale dans les lésions inflammatoires des annexes, par Lafourcade. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 1.) — Etat actuel du traitement des inflammations pelviennes, par Dorsett. (*Americ. j. of obst.*, novembre.) — Traitement de la dilatation des trompes sans laparotomie, ni extirpation, par Glasgow. (*Ibid.*) — Du traitement des hématocèles rétro-utérines par la voie vaginale, par Oui. (*Thèse de Lyon.*) — Hystérectomie totale abdominale secondaire à une laparotomie avec ablation bilatérale des annexes, par Schwartz. (*Mercredi méd.*, 17 oct.) — Traitement chirurgical des inflammations chroniques des annexes de l'utérus, par Arendt. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 mars.) — Hystérectomie vaginale totale pour lésions des annexes, par Jacobs. (*Americ. j. of obst.*, nov.) — Ablation de l'utérus, des ovaires et des trompes pour tuberculose, par Dick. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 mars.) — Ligature et section de la partie supérieure des ligaments larges, résultats comparés avec l'ablation des annexes, par Remfry. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVI, p. 202.) — Rupture de la trompe, hématocèle anté-utérine, laparotomie, par Routier. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 611.) — Deux cas de gangrène de l'utérus, par Maag. (*Hospitals Tidende*, p. 373.) — Rétention du fœtus mort dans l'utérus, par Kœnig. (*Cent. f. Gynaek.*, 3 novembre.) — Traitement des ruptures complètes de l'utérus, par Cholmogoroff. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXI, 1.) — Des opérations pratiquées sur les annexes de l'utérus pendant le cours de la grossesse, 3 observations, par Delagénière. (*Arch. prov. de chir.*, III, 11.) — Technique et indications de la vagino-fixation, par Wineberg. (*N. York med. j.*, 27 octobre.) — Fixation ventrale de l'utérus, par L. Switalski. (*Przegl. lek.*, septembre.) — Modification de l'opération de Freund, par Broese. (*Berl. klin. Woch.*, 6 août.) — Un nouveau dilatateur utérin, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Quelques cas de chirurgie utérine au City Hospital de Boston, par Blake. (*Boston med. Journ.*, 20 décembre.) — Amputation du col utérin ; ses indications, par Jacobs. (*La policl. Bruxelles*, 15 octobre.) — Nouveau procédé de gastro-hystéropexie médiate, par Spinelli. (*Riforma med.*, 27 novembre.) — Des résultats éloignés de l'hystéropexie abdominale antérieure au point de vue de la grossesse, par Léon. (*Thèse de Lyon.*) — Modification à l'opération de l'hystérectomie vaginale (ouverture dernière du Douglas), par Desguin. (*Ann. Soc. méd. Angers*, p. 107, avril.) — Modifications de l'hystérectomie abdominale et vaginale, par Doyen. (*Ibid.*, p. 87, avril.) — Considérations pratiques sur le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale totale, par Dezanneau. (*Ibid.*, p. 36, 1er semestre.) — Hystérectomie vaginale par énucléation sans ligature ni pince, par Goffe. (*Medical Record*, 1er décembre.) — De l'extirpation vaginale totale de l'utérus, par Cholmogoroff. (*Sammlung klin. Vortraege*, n° 108.) — Fistules urétéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale, par Lavisé. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 octobre.) — 80 hystérectomies vaginales, 1 mort, par Poucel. (*Gaz. des hôp.*, 8 novembre.) — Histogenèse et étiologie des fibromes utérins, par Gottschalk. (*Berl. klin. Woch.*, 2 avril.) — Volumineux fibrome utérin chez une jeune fille de 20 ans, par Schwartz. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 538.) — Myome du corps utérin avec séparation du col, par Lennander. (*Upsala läkar. forhandl.*, XXX, et *Cent. f. Gynaek.*, 9 février.) — Des tumeurs fibreuses de l'utérus, par Malone. (*Journ. Americ.*

*med. Ass.*, 20 octobre.) — Etude sur la statistique des fibromes utérins par rapport à la théorie de Cohnheim, par J. Kadyi. (*Przegl. lek.*, novembre.) — Enucléation d'un fibrome utérin à l'aide du décollement de la vessie, de la paroi utérine antérieure et de l'incision des parois antérieures du col et du corps utérins suturées ultérieurement. Guérison, par Veit. (*Berl. klin. Woch.*, 6 août.) — Utérus fibromateux et pyosalpinx double, par Rouffart. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 décembre.) — Ablation des annexes pour myomes utérins, 20 cas, par Cullingworth. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XXII, p. 61.) — Ligature de la base des ligaments larges par le vagin dans les cas de fibrome utérin, par A.-H. Goelet. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er juin.) — Ligature des artères utérines pour la guérison des fibromes et l'arrêt des hémorragies, par Dorsett. (*Americ. Ass. of obst.*, 19 septembre.) — Des opérations pour myomes utérins, par Kessler. (*St-Petersburg. med. Woch.*, 24 septembre.) — Méthode rapide d'ablation des fibromyomes intraligamenteux, par Pryor. (*Med. News*, 1er décembre.) — Hystérectomie d'un utérus myomateux en prolapsus, par Meola. (*Riforma med.*, 13 octobre.) — Hystérectomie abdominale pour gangrène d'un fibromyome sous-muqueux de la paroi utérine postérieure chez une femme de 70 ans; mort le onzième jour par débilité cardiaque, par Dührssen. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 juin.) — De l'ablation des corps fibreux de l'utérus, hystérectomie abdominale totale, par Guimbestière. (*Thèse de Paris.*) — Hystérectomie vaginale par morcellement pour fibromes, 6 cas, par Polk. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — Traitement chirurgical des myomes pendant la grossesse et les suites de couches, par Apfelstedt. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 1.) — Traitement des fibromes de l'utérus par leur exposition au dehors et leur ablation consécutive, exhystéropexie, par Peyrolle. (*Thèse de Lyon.*) — La voltaïsation utérine, chimicaustie et électrolyse dans le traitement des fibromes, par Tripier. (*Rev. gén. des sc.*, 30 mars.) — Les suites de la castration pour myomes, par Hermes. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 1.) — Importance du diagnostic précoce des affections malignes du corps de l'utérus, par Bowremann. (*Med. Magazine*, III, 6.) — Adénome de la portion vaginale de l'utérus formant ulcère, par Braithwaite. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVI, p. 208.) — Histogénèse et classification des sarcomes utérins, par Pick. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 1.) — Sarcome à cellules rondes de l'utérus, par Mc Farland. (*Med. News*, 8 décemb.) — Dégénérescence sarcomateuse secondaire des fibromes utérins, par Schreher. (*Thèse de Strasbourg.*) — Régression des sarcomes pendant les couches, par Jahr. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 726, 30 juillet.) — Fibro-sarcome télangiectasique de l'utérus, par Aslanian. (*Marseille méd.*, 15 oct.) — Du déciduome malin, par Beach. (*Thèse de Paris.*) — Un cas de déciduome malin, par Hartmann et Toupet. (*Soc. anat. Paris*, 27 octobre.) — Epithélioma du corps de l'utérus, par Dandois. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 octobre.) — Cancer du corps de l'utérus, par Montaz. (*Dauphiné méd.*, 1er novembre.) — Du cancer utérin né de l'épithélium des villosités choriales, par L. Fraenkel. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 1.) — Cancer de la muqueuse du corps utérin, par Demons. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 nov.) — Récidive 3 ans et demi après une hystérectomie pour cancer de la muqueuse du col, au niveau de la cloison urétro-vaginale et d'un ganglion inguinal, par Gottschalk. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 août.) — Traitement du cancer de l'utérus gravide, par Hermandez. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 oct.) — Des injections intraparenchymateuses d'alcool dans le traitement du cancer Sur l'extirpation du cancer de l'utérus, par A. Swiecicki. (*Now. lek.*, septembre.) — Hystérectomie sacrée pour cancer, par Veslin. (*Presse méd.*, 21 juillet.) — Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie pour cancer, par Mangiagalli. (*Milan.*)

## V

**Vaccine.** — Des avantages du vaccin humain sur le vaccin de génisse et sur la préférence à lui accorder le plus ordinairement à la campagne, par Toledano. (*Journ. méd. Paris*, 9 décembre.) — Sur l'organisme décrit dans la vaccine, par Burtersack, par Arthur Draer. (*Cent. f. Bakt.*, 5 octobre.) — Quelques réflexions à propos de la vaccination et de la revaccination, par Jasiewicz. (*Journ. méd. Paris*, 23 décembre.) — Dermatose post vaccinale simulant l'urticaire pigmentée, par Darier. (*Soc. franç. derm.* 15 novembre.) — Les dermatoses vaccinales, par Patoir. (*Presse méd.*, 29 décembre.) — La vaccination par grattage, par Rafinesque et P. Raymond. (*Méd. mod.*, 8 décembre.) — Circulaire préfectorale du 14 février 1894, sur la vaccination des élèves des écoles publiques de la Seine. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.) — Au bout de combien de temps la revaccination devient-elle nécessaire? par Combemale. (*Bull. méd. du Nord*, 8 juin.) — Questions de revaccination, par Raymond. (*Bull. gén. de thér.*, 30 décembre.) — Influence de la cellule mâle sur la transmission héréditaire de l'immunité, par Charrin et Gley. (*Arch. de phys.*, VII, 1.) — Sur les résultats des inoculations vaccinales d'après la méthode Pasteur, par O. Bujwid et W. Palmirski. (*Medycyna*, novembre.) — De l'immunité locale et générale, par Cobbett et Melsome. (*Journ. of path. and bact.*, III, 1.)

**Vagin.** — Topographie des culs-de-sacs vaginaux, étude d'anatomie chirurgicale et de manuel opératoire, par Commandeur. (*Thèse de Lyon.*) — Recherches bactériologiques sur les sécrétions vaginales dans la grossesse et l'état puerpéral, par Walthard. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 2.) — De la vulvo-vaginite des petites filles et son traitement par le permanganate de potasse, par Vassal. (*Thèse de Bordeaux.*) — Etiologie des kystes du vagin, par Geyl. (*Cent. f. Gynaek.*, 3 novembre.) — Ulcère rond du vagin, par. Wl. Skowronski. ( *Przegl. lek.*, septembre.) — Sur la colpotomie postérieure, par Teploff. (*Vratch*, 29 novembre.) — Traitement opératoire du rétrécissement annulaire du vagin, par Vineberg. (*Med. Record*, 17 novembre.)

**Varicelle.** — Varicelle bulbeuse, par Stephenson. (*Brit. med. j.*, 10 novembre. — Infection par un streptocoque (arthrites suppurées, endocardite, etc.) après une varicelle, chez une fillette guérie d'un abcès froid dû au mal de Pott, par des injections de gaïacol idoformé, par Braquehaye. (*Gaz. heb. Paris*, 8 septembre.)

**Variole.** — Sur une épidémie de variole à Paris, 1893-94, par Jeanpierre. (*Thèse de Paris.*) — Notes à propos de la variole, par Haushalter. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.) — Un cas de variole, par John Moore. (*Dublin Journ.*, 1er décembre.) — Prophylaxie de la variole à Paris, par A.-J. Martin. (*Rev. d'hyg.*, septembre.) — De la prophylaxie de la variole, par Crookshank. (*Lancet*, 24 novembre.) — Combien de temps après le début de la variole des parents, peut-on les autoriser à faire allaiter au sein par une nourrice étrangère l'enfant qui naîtra d'eux? par Morel-Lavallée. (*Journ. de clin. infant.*, 30 août.) — 14 cas de variole traités par les rayons

rouges, par FEILBERG. (*Hosp. Tidende*, II, p. 669). — *Idem*, par FINSEN (*Ibid.*, p. 845.)

**Veine.** — Recherches cliniques sur les pulsations veineuses, par GERHARDT. (*Arch. f. exp. Path. und Pharm.*, XXXIV, 5 octobre.) — Influence de la respiration sur la circulation veineuse des membres inférieurs, par WERTHEIMER. (*Soc. de biol.*, 17 novembre.) — Sur les variations de la pression veineuse, par DELEZENNE. (*Arch. de phys.*, VII, 1.) — Des bruits veineux, par DUROZIER. (*France méd.*, 16 novembre.) — Du bruit du souffle veineux perceptible à la région du foie, par PIAZZA-MARTINI. (*Riforma med.*, 5 décembre.) — Modifications de la pression sanguine dans la veine porte, sous différentes influences, par NEDZWETZKI. (*Méd. moderne*, 26 mai.) — Disposition particulière de la veine sus-scapulaire, par Elliot SMITH. (*Journ. of anat.*, octobre.) — De la phlébite primitive, par DAGUILLON. (*Thèse de Paris.*) — Sur la sclérose des veines périphériques, par A.-M. LÉVINE. (*Vratch*, 18 août.) — De la ligature de la veine jugulaire interne, par DOBROWSKI. (*Przeglad chir.*, II, 1.) — Histologie des varices, par HODARA. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XX, 1.)

**Vessie.** — Sur la vessie et l'urètre, notes d'anatomie, par GRIFFITHS. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Etudes et recherches expérimentales sur l'imperméabilité psychologique de l'épithélium vésical sain, par BOYER et GUINARD. (*Arch. de méd. exp.*, VI, 6.) — La vessie irritable chez la femme, par DACHEUX. (*Thèse de Paris.*) — Taille sus-pubienne pour cystite chronique, par PRICE. (*Med. News*, 27 octobre.) — 65 cas d'opérations pour calculs vésicaux, par NEVE. (*Brit. med. j.*, 3 novembre.) — De la suture totale de la vessie après la taille hypogastrique pour un calcul, par TAILHEFER. (*Midi méd.*, 4 novembre.) — Taille hypogastrique pour extraction de calculs de la vessie, par GIRARD. (*Dauphiné méd.*, 1er novembre.) — Des ouvertures chirurgicales de la vessie par-dessus le pubis, par POUSSON. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 712, 714, 730 et suiv.) — Tuberculose de la vessie, taille hypogastrique, par BOSSET. (*Limousin méd.*, octobre.) — Hernie vésicale extrapéritonéale, par MICHELS. (*Med. chir. Trans.*, LXXVII, p. 229.) — Nouveau procédé d'opération des fistules vésico-vaginales, par V. WINCKEL. (*Berl. klin. Woch.*, 28 mai.) — Exstrophie de la vessie, opération par MASLAND. (*Med. News*, 3 novembre.) — Exstrophie de la vessie, opération de Segond, par RICHELOT. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 608.) — Rupture de la vessie, laparotomie, suture (homme), par MURPHY. (*Brit. med. j.*, 3 novembre.) — Sur un nouveau cathéter pour le segment supérieur de la vessie, par ENGLISCH. (*Wiener med. Woch.*, 20 octobre.) — Cathétérisme rétrograde avec suture de la vessie, par LOUMEAU. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er novembre.) — Des résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne, opération de Poncet, 63 observations, par LAGOUTTE. (*Thèse de Lyon.*) — De la cystostomie idéale, par COULLAUD. (*Thèse de Lyon.*) — Cystostomie de Poncet ou cysto-drainage hypogastrique, étude comparée de deux canaux sous-pubiens au point de vue anatomique et physiologique, par PASTEAU. (*Soc. anat. Paris*, 21 décembre.) — De la suture immédiate de la vessie, par NADAUD. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'abouchement des uretères dans la vessie, par ROMME. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 septembre.) — Des polypes papillomateux de la vessie et de leur transformation en tumeurs malignes, par COLLEY. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIX, 5 et 6.) — Etat fibromyomateux de la vessie, par MONRO. (*Journ. of path. and bact.*, III, 1.) — Sonde se fixant d'elle-même pour la taille sus-pubienne, par SENN. (*Med. News*, 15 décembre.) — Cancer primitif de la vessie, par TARGETT. (*Hunterian Soc.*, 12 décembre.) — Chirurgie des tumeurs de la vessie, par WEBER. (*Thèse de Munich.*)

**Vin.** — Du plâtrage des vins au point de vue chimique, par VIARD. (*Thèse de pharm. Montpellier.*)

**Vieillard.** — Les grandes opérations chez les vieillards, par WHITE. (*Brit. med. j.*, 17 novembre.) — Etude des échanges nutritifs chez le vieillard, par V. LIMBECK. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVI, 5 et 6.)

**Vomissement.** — Vomissements mortels sans cause appréciable, par VICKERY. (*Boston med. j.*, 27 septembre.)

## X-Z

**Xanthome.** — De la forme juvénile du xanthome, par CHAUVIÈRE. (*Thèse de Paris.*) — Xanthome tubéreux multiple, par BLASCHKO. (*Berl. klin. Woch.*, 28 mai.)

**Xérodermie.** — Deux nouveaux cas de xérodermie pigmentaire épithélioma-teux chez deux enfants de la même famille, par DE AMICIS. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXIX, 3.)

**Zona.** — Vaste zona cervico-brachial, par Paul RICHTER. (*Berlin. klin., Woch.*, 11 juin.) — 2 cas de zona; contagion, par HAGOPOFF. (*Gaz. méd. Paris*, 15 décembre.)

---

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION